



UiO : University of Oslo

SERAF rapport 2025

Evaluering af behandling med lægeordineret heroin i Danmark

Forfattere:

Francesca Melis¹, Thomas Clausen¹, Birgitte Thylstrup², Christian Tjagvad¹, Desiree Eide¹

Tilknytning

¹ Senter for Rus og Avhengighetsforskning (SERAF), Oslo Universitetet

² Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet

May, 2025
Senter for Rus og Avhengighetsforskning (SERAF)
Oslo Universitet
Oslo, Norge

Bestilling: Rapporten er udarbejdet efter oplæg og bestilling fra Sundhedsstyrelsen.

Finansiel støtte: Bevilling fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet.

Anerkendelse: Forfatterne af denne rapport vil gerne sige en stor tak til personale og patienter på klinikkerne, der bidrog til denne rapport.

Interessekonflikter: Ingen

Kontakt: Ved spørgsmål til rapporten bedes der rettet henvendelse til Christian Tjagvad (mail: christian.tjagvad@medisin.uio.no) eller Thomas Clausen (mail: thomas.clausen@medisin.uio.no)

English summary	5
1. Indledning	7
2. Baggrund.....	11
2.1 Behandling med lægeordineret heroin internationalt	11
2.2 Overdosis-situationen i Danmark	12
2.3 Traditionel substitutionsbehandling	12
2.4 Behandling med lægeordineret heroin	13
3. Metode	15
3.1 Registerdata	15
3.2 Spørgeskemaer til personale.....	16
3.3 Kvalitative interviews	17
3.5 Etisk godkendelse	19
4. Behandlingsorganisation.....	21
4.1 Placering og omgivelser.....	21
4.2 Patientkapacitet	21
4.3 Henvisningsprocedurer	22
4.4 Åbningstider	22
4.5 Patienttilgængelighed	23
4.6 Personale	23
4.7 Tilbudte indsatser	25
4.8 Kliniske procedurer.....	26
4.9 Medicinering.....	27
4.10 Sikkerhed	29
4.11 Afslutning og fortsat behandling	31
4.12 Resumé.....	32
5. Patienterne i behandling med lægeordineret heroin.....	33
5.1 Indskrivning og patienters socio-demografiske forhold.....	33
5.2 Behandlingshistorik	38
5.3 Fastholdelse i behandling med lægeordineret heroin	39
5.4 Patientrapporterede resultater	40
5.5 Morbiditet og mortalitet	44
5.6 Resumé	46
6. Relevans af nuværende retningslinjer for behandling	48
6.1 Respondenter	48
6.2 Personalets bedømmelser af kliniske retningslinjer	49
6.3 Personalets kommentarer og indtryk.....	51

6.4 Resumé	56
7. Kvalitativ data om oplevelse af behandling	57
7.1. Dataindsamling	57
7.2. Oplevelse og perspektiver på behandling	59
7.3. Rammer/organisering af behandling	63
7.4. Sundhedsfaglig behandling	66
7.5. Socialfaglig behandling	71
7.6. Personale	73
7.7. Sundhedsfagligt og socialfagligt sigte	73
7.8 Resumé	77
8. Forsøg med hjemtag af lægeordineret heroin	80
8.1 Ordning med hjemtag med lægeordineret heroin i Schweiz	81
8.2 Behandling med lægeordineret heroin i Canada	84
8.3 Andre landes overvejelser angående behandling med lægeordineret heroin	86
8.4 Interesse for ordning med hjemtag af medicin i Danmark	87
8.5 Resumé	88
9. Styrker og begrænsninger	89
10. Sammenfatning og diskussion	90
11. References	98
12. Appendiks	102
Appendiks 1. Spørgeskema til de danske heroinklinikker	102
Appendiks 2. Ønsker til behandling med lægeordineret heroin	107
Appendiks 3. ICD-10 codes	109

English summary

Heroin-assisted treatment (HAT) is a specialized approach to treating individuals with chronic and severe opioid use disorder. It involves treatment with pharmaceutical heroin (diacetylmorphine) in a clinical setting, typically twice daily. HAT has been available in Denmark since 2010 and is currently available at five clinics throughout the country (Copenhagen, KABS Hvidovre, Odense, Esbjerg, and Aarhus).

The purpose of the report is to conduct an evaluation of the Danish HAT program. The report includes how the program has evolved since its implementation in 2010, program challenges from different perspectives and potential areas for improvement, particularly as it relates to patient dignity. The evaluation offers insights into patient outcomes while in treatment, staff and patient impressions on treatment, staff opinions on the treatment guidelines, and operational differences between the five clinics. This evaluation did not conduct a cost-benefit analysis, nor does it offer recommendations for how to update clinical practices guidelines. Such evaluations are outside the scope of this report. The Norwegian Centre for Addiction Research (SERAF) has responded to the task from the Danish Health Authority to be an independent evaluator of the Danish HAT program. The Centre for Alcohol and Drug Research at Aarhus University has contributed to the work on the qualitative sub-study.

In the document “Ansvar for Danmark. Det politiske grundlag for Danmarks regering” [Responsibility for Denmark. The political basis for Denmark's government], published in December 2022, the chapter on dignity indicates the government will *“follow up on the evaluation of the program with prescribed heroin and implement measures that allow for consideration of new efforts that can ensure more dignity for, for example, people with significant substance abuse problems.”* As such, this report examines multiple aspects of HAT, exploring how patient dignity is upheld within treatment.

This evaluation found that several aspects of HAT can improve patients' dignity. First and foremost, HAT adds additional options in the treatment of opioid use disorder, and these options can be considered an improvement of dignity for the patient group. Dignity is also experienced by the patients as the clinics for prescribed heroin constitute a safe place with highly qualified staff.

This evaluation of the Danish HAT program also found that treatment appears to be beneficial for a small group of patients in treatment for opioid use disorder. Based on information from the patients, the treatment has been successful in reducing drug use, offering long-term treatment retention, and reducing criminal activity. However, the number of patients enrolling since the start of treatment has declined, which may be due to several factors.

Interviews with patients and staff support that the treatment helps meet the needs of a vulnerable group of patients in Denmark. Nevertheless, staff reported challenges including structural, individual, and treatment-related barriers, and lack of accessibility. Structural barriers included slow and complicated referral and enrollment procedures, length of required prior enrollment in traditional opioid agonist therapy, and that HAT is often considered a last resort by many. Further, individual barriers included prejudice and stigma related to HAT, both among patients and professionals, which is often linked to lack of knowledge and information about HAT as a treatment option. Lastly, staff

reported barriers within HAT, such as the current inclusion criteria and limited access to treatment, both in terms of the geographical location of the clinics, opening hours, and the waiting time that many patients experience between opening hours.

Staff and patients provided several suggestions for improving the treatment, including the potential to further promote qualified and holistic patient care by making opening hours more flexible, improving staffing levels, fostering professional development, and ensuring support for the social aspects of the treatment. The suggestions reflect how the reported challenges in HAT were often related to shortage in staff resources and the effect it would have on patient contact, levels of conflict, and implementation of rules and sanctions. Thus, the staff indicates the importance of time and resources to offer qualified treatment and create a trusting relationship with the patients. For some patients, this relates to the often-sensitive balance between providing safe treatment alongside concurrent drug and alcohol use outside treatment, and desire for intoxication.

This report also found that the clinics function similarly but also with notable differences. The staff reported limited exchange of experiences and competencies between clinics. Increased exchange, collaboration, and sharing of experiences and competencies are advocated by staff across clinics and has the potential to strengthen the clinics and streamline their operational practices. Furthermore, the clinics mainly operate separately from traditional opioid maintenance treatment. Enhanced integration could potentially optimize the use of staff resources and competencies, improve referrals into HAT, and reduce stigmatization. However, 'integration' of treatment interventions can refer to both physical incorporation into clinics and conceptual acknowledgment within a treatment system. HAT clinics require specialized staff and facilities, and it is unlikely that HAT clinics could simply be integrated into existing treatment clinics. An exploration of how potential integration could be considered, but this lies outside the scope of this report.

Lastly, this report included an evidence summary regarding take-home heroin-assisted treatment (meaning that patients are able to avoid daily visits to the clinic and have doses that they can take home with them). The provision of take-home heroin is rare, and only available on a small scale in two countries. The literature that exists shows that it appears to be an acceptable and desired option for a small number of stable patients. However, the evidence regarding the safety and effectiveness of take-home heroin treatment is not supported by a strong evidence base.

Overall, the findings from this evaluation report support that for a small number of vulnerable patients, heroin-assisted treatment can offer dignified treatment for opioid use disorder that reaches beyond traditional treatment options.

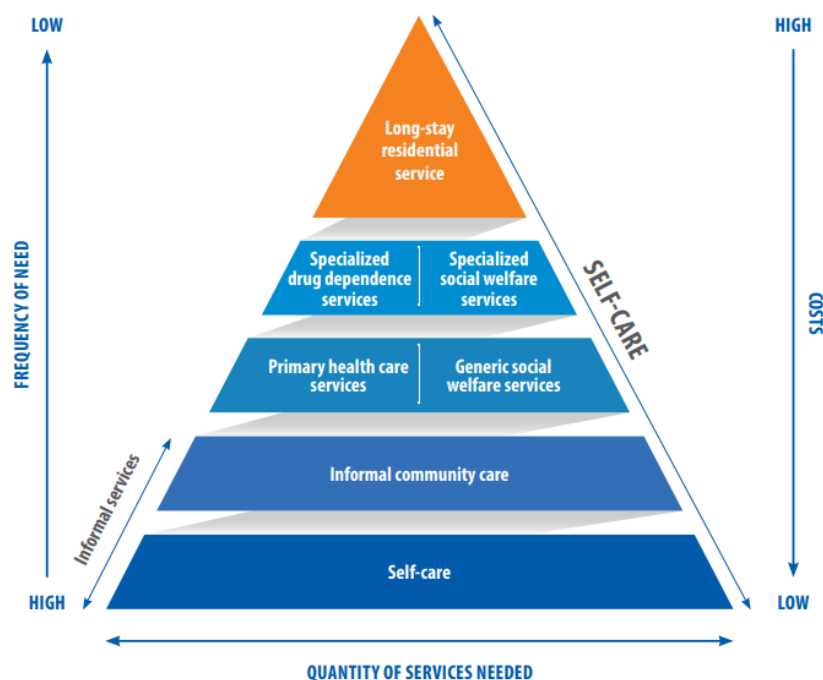
1. Indledning

Opioidafhængighed er forbundet med en markant forhøjet risiko for tidlig død, især uden behandling (1). Den mest effektive behandling af opioidafhængighed sker ved substitutionsbehandling, og der er stærk evidens for effekten af traditionel substitutionsbehandling (2-4). Adgang til behandling, behandlingsmetoder og udbredelse varierer imidlertid fra land til land, og udbredelsen spænder fra mindre end 10 % til over 80 % (5, 6). Substitutionsmedicin i traditionel substitutionsbehandling består primært af metadon og buprenorphin, men i nogle lande benyttes også langtidsvirkende peroralt morfinpræparat (5, 7). Ikke desto mindre er der nogle patienter med kronisk og alvorlig opioidafhængighed, der ikke oplever tilstrækkelige fordele gennem traditionel substitutionsbehandling, og som oplever fortsatte komplekse udfordringer på det sociale og sundhedsmæssige område efter indskrivning i behandling. For denne subgruppe har en del lande (se afsnit 2.1) over de sidste tre årtier implementeret en tertiær behandlingsindsats i form af behandling med lægeordineret heroin, som involverer overvåget brug af farmaceutisk heroin (diacetylmorfin; DAM) (8-10) (se afsnit 2.1 for behandling med lægeordineret heroin internationalt). I behandlingen administreres DAM af patienten selv, enten i form af tabletter eller injektion, og som regel to gange dagligt. Et langtidsvirkende peroralt opioid, som regel metadon, er indiceret som en dækkende behandling til natten.

Det evidensbaserede grundlag for behandling med lægeordineret heroin bliver nu betragtet som stærkt nok til at anbefale behandlingen som en tertiær behandlingsmulighed, når traditionel substitutionsbehandling ikke er tilstrækkelig (10, 11). Adskillige studier og systematiske overblikartikler har påvist den positive effekt af behandlingen (9, 10, 12). Behandling med lægeordineret heroin er forbundet med reduktion i kriminalitet og ulovligt stofbrug, forbedret helbredstilstand, større fastholdelse i behandlingsforløb og øget patienttilfredshed (10, 13-16). Samtidig har behandlingen vist sig at være omkostningseffektiv (10, 17, 18).

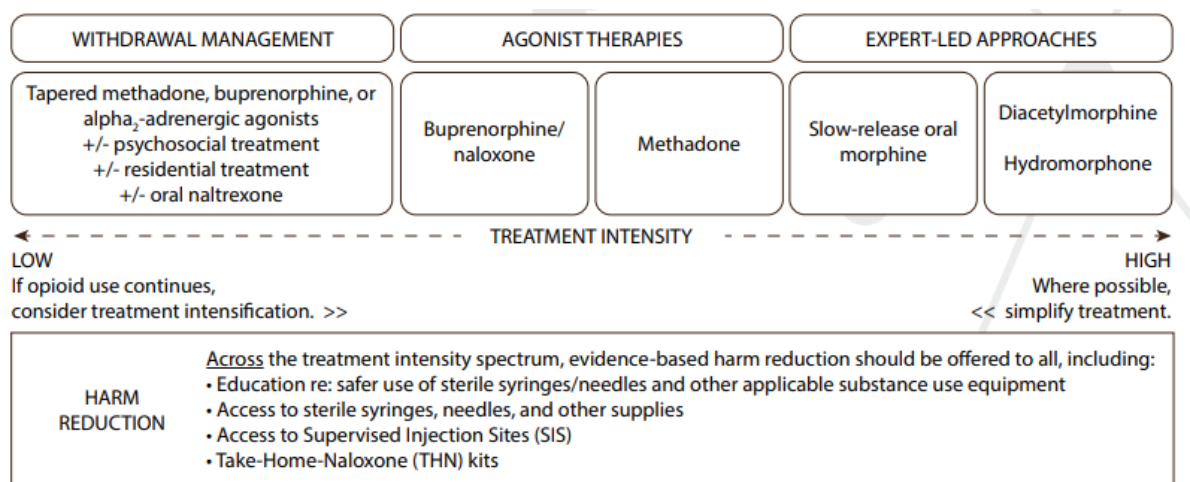
Behandlingspyramidens koncept (**Figur 1.1**) understreger, at de fleste personer bør behandles ud fra det lavest nødvendige niveau af intensitet, og dermed omkostninger, mens man samtidig sikrer, at høj-intense behandlingsmuligheder er til stede for dem, der kræver mere omfattende støtte. I substitutionsbehandling suppleres denne tilgang med et kontinuerligt behandlingsforløb (**Figur 1.2**), som gør det muligt at justere intensiteten og indholdet i behandlingen løbende, således at den matcher de individuelle behov og omstændigheder (19).

Figur 1.1. Organisationspyramide for behandling og omsorg for stofbrugere baseret på WHO's 'Pyramid of Mental Health Services'



Kilde: (20)

Figur 1.2. Kontinuerlig behandlingstilgang under substitutionsbehandling



Kilde: (19)

Evidensgrundlaget for behandling med lægeordineret heroin er baseret på kliniske undersøgelser af dagbehandling i klinikker, der er åbne hver dag året rundt, og hvor der typisk er tale om to daglige doseringstidspunkter samt et præparat (ofte metadon), der dækker natten. Behandlingen har klare regler og procedurer, der sikrer, at den sundhedsfaglige behandling forvaltes på forsvarlig vis, både under og efter indtag. I tillæg til det er der sikkerhedsforanstaltninger, der forhindrer ikke-ordineret indtag og videresalg af DAM, samt klare regler, der støtter op om et sikkert miljø for både personale og patienter. Sammenfattende betyder det, at behandling med lægeordineret heroin kan regnes for en evidensbaseret behandlingsmulighed, når den foregår i overensstemmelse med de praksisser, som er veldokumenterede.

Behandling med lægeordineret heroin i Danmark

I marts 2009 blev behandling med lægeordineret heroin godkendt som en behandlingsmulighed for opioidafhængighed i Danmark (21). Efter godkendelsen i 2009 blev de første behandlinger iværksat i 2010, oprindeligt som injektion, mens behandling i tabletform blev godkendt i 2013. De seneste retningslinjer er beskrevet i Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9507 af 17/09/2013. Som det fremgår af vejledningen, er det erklærede mål "... at forebygge en forværring af patienternes helbredstilstand og på længere sigt at opnå en forbedring af patienternes livskvalitet såvel helbredsmæssigt som socialt. (Vejledning, "3.1 Indikation") (22).

I forbindelse med indførelsen af behandling med lægeordineret heroin, vurderede Sundhedsstyrelsen, at op til 10 % af de patienter, der var indskrevet i substitutionsbehandling med metadon, ville opfylde kriterierne for at modtage behandling med lægeordineret heroin. Oprindeligt var det forventet, at omkring 280 patienter ville modtage behandling med lægeordineret heroin ved udgangen af 2011 (21). Yderligere blev det anslået, at 2-3 år efter implementeringen, ville det totale antal patienter være øget til 300-400 personer. En videnskabelig artikel fra 2024 fandt, at fra 2018 var cirka 4 % af de patienter, der var indskrevet i traditionel substitutionsbehandling i Danmark, blevet indskrevet i behandling med lægeordineret heroin (23).

Tilsyn med anvendelsen af DAM varetages af Styrelsen for Patientsikkerhed og Lægemiddelstyrelsen. Sundhedsstyrelsen opgør antallet af patienter og evaluerer effekten af behandlingen og beslutter, om justeringer af vejledningen er nødvendig (22).

Den første evaluering blev offentliggjort i 2013 og dækkede de indledende to år (2010-2012) (21). Evalueringen beskrev en generel forbedret social situation for patienter indskrevet i behandling, herunder reduktion i brug af illegale stoffer, kriminalitet og risikoadfærd, på trods af en stigning i diagnosticerede somatiske sygdomme (hvilket dog højst sandsynligt skyldtes øget kontakt og opmærksomhed), samt høje frafaldsrater kort efter indskrivning i behandling. For potentielt at kunne tilpasses til flere patienter, anbefalede evalueringen at udvide behandlingen til at inkludere heroin i tablet form, især for dem, der ikke var i stand til, eller var uvillige overfor, at fortsætte med injektion af DAM.

Den anden evaluering undersøgte udviklingen af behandling med lægeordineret heroin fra 2013 til 2018 samt hele 10-årsperioden fra 2010 til 2020 (24). I denne evaluering efterlyste Sundhedsstyrelsen initiativer, der kunne udvide patientadgang til behandling, forbedre integration af behandling med lægeordineret heroin med traditionel substitutionsbehandling og harmonisere tilbud på tværs af de fem klinikker. Desuden blev der lagt vægt på at involvere patienter i den fremtidige udvikling af behandlingen.

I regeringsgrundlaget "Ansvar for Danmark. Det politiske grundlag for Danmarks regering", som blev udgivet i december 2022, angives det i afsnittet om værdighed, at regeringen vil "følge op på evalueringen af ordningen med lægeordineret heroin og gennemføre tiltag, der giver mulighed for at tænke i nye indsatser, der kan sikre mere værdighed for f.eks. mennesker med massive misbrugsproblemer" (25). Som et resultat heraf har Norwegian Centre for Addiction Research (SERAF) påtaget sig opgaven som uafhængig ekstern evaluator af behandling med lægeordineret heroin i Danmark. Center for Rusmiddelforskning (CRF), Aarhus Universitet, har bidraget til dette arbejde med den kvalitative delundersøgelse.

Formålet med rapporten

Formålet med denne rapport er at præsentere evalueringen af behandlingen med lægeordineret heroin i Danmark. Evalueringen giver indsigt i patientresultater under indskrivning og i behandling, personalets indtryk af de nuværende retningslinjer for behandling med lægeordineret heroin og organisatoriske og operationelle forskelle mellem de fem klinikker. Rapporten har som mål at være grundig og omfattende og at inkludere flere perspektiver i evalueringen.

Selvom personalets holdninger til de nuværende behandlingsretningslinjer udgør en del af evalueringen, udgør disse holdninger perspektiver snarere end konkrete forslag til, hvordan de nuværende behandlingsretningslinjer eventuelt kunne ændres.

De fem primære mål for denne rapport:

- 1) Undersøge karakteristika for patienter i behandling med lægeordineret heroin
- 2) Beskrive behandlingens organisering, herunder forskelle mellem klinikkerne
- 3) Vurdere relevansen af de nuværende retningslinjer
- 4) Undersøge personale- og patientperspektiver
- 5) Opsummere evidensen for en ordning for hjemtag af lægeordineret heroin.

Nærværende rapport omhandler ikke en økonomisk evaluering/cost-benefit-analyse af behandling med lægeordineret heroin, da det ligger uden for opdraget.

2. Baggrund

2.1 Behandling med lægeordineret heroin internationalt

Oversigt

Behandling med lægeordineret heroin begyndte i Schweiz i 1994 som et overvåget forsøg, og er siden blevet indført af flere andre lande, herunder Holland, Tyskland, Danmark og Canada. Med undtagelse af Danmark indførte disse lande oprindeligt deres behandling med lægeordineret heroin gennem randomiserede kontrollerede forsøg (26-29). Forskningen, som blev foretaget sideløbende med forsøgene, viste et positivt kortsigtet udbytte, og i nogle tilfælde også et langsigtet positivt udbytte (9, 10). Disse resultater resulterede således i, at behandling med lægeordineret heroin blev forlænget og integreret i landenes nationale sundhedssystemer. I de senere år er pilotprojekter for behandling med lægeordineret heroin også blevet indledt i Luxembourg, Storbritannien og Norge (30-32). Overordnet set er behandling med lægeordineret heroin aktuelt tilgængelig i otte lande, men der er dog betydelig variation i, hvordan hvert land administrerer behandlingen, herunder antallet af klinikker, tilgængelig medicintype (injicerbar, tablet, inhalation og intranasal) samt kriterierne for patientdeltagelse.

Evidensgrundlaget for overvåget behandling med lægeordineret heroin kommer primært fra ni internationale kliniske forsøg, som alle har brugt peroral metadon som standardmedicin til at dække behandlingen om natten. I behandling med lægeordineret heroin administreres metadon typisk dagligt under overvågning på klinikken, snarere end som doser, der bringes med hjem. Denne daglige overvågning lettes ved klinikkernes udvidede åbningstider. Imidlertid har nogle lande (off-label-brug i Danmark) også godkendt langtidsvirkende depottabletter med peroral morfin til dækning om natten (30, 33). Den samlede erfaring fra disse programmer er, at behandling med lægeordineret heroin reducerer illegalt heroinbrug og forbedrer fastholdelse i behandling – og det er på disse områder, der er vist de stærkeste effekter. Der er også indikation på, at behandling med lægeordineret heroin kan reducere kriminel aktivitet og brug af rusmidler samt forbedre somatisk og mental sundhed. Selvom behandlingen er dyrere at administrere end peroral metadon på grund af behovet for overvåget medicinindtag kan det stadig være mere omkostningseffektivt for enkeltpersoner, hvor traditionel substitutionsbehandling ikke virker tilfredsstillende, primært på grund af behandlingens effektivitet m.h.t. at reducere kriminel aktivitet (10). De fleste af disse behandlingsprogrammer er dog relativt små; den norske behandling med lægeordineret heroin har for tiden en kapacitet på 90 patienter, hvilket udgør mindre end 1 % af det samlede antal patienter i traditionel substitutionsbehandling.

2.2 Overdosis-situationen i Danmark

Ikke-dødelige overdoser

Ifølge Sundhedsstyrelsen skønnes der i Danmark at være omkring 20.000 personer med et højriskforbrug af opioider (34). I 2022 registrerede Landspatientregisteret 1.327 tilfælde af ikke-dødelige overdoser, som stammede fra opioidindtagelse; en stigning fra 1.288 tilfælde i 2021. Denne stigning skyldes primært kategorien "andre opioider", der dækker over andre opioider end heroin, kodein, metadon, morfin og opium. Opioider – herunder heroin, metadon samt blandingsbrug – er ofte ansvarlige for forgiftninger blandt personer over 31 år. Dog har der været en mærkbar stigning i ikke-dødelige opioidoverdoser blandt unge i alderen 16 til 25 år, med antal af sager stigende fra 171 i 2021 til 210 i 2022. På trods af denne bekymrende tendens, indikerer det samlede omfang ikke et hastigt voksende problem på nationalt plan, da stigningen er relativt beskeden og kompenseres af et fald i antallet af ikke-dødelige overdoser blandt børn under 16 år (35).

Dødelige overdoser (narkotikarelaterede dødsfald)

Ifølge Rigspolitiet blev der registreret 280 narkotikarelaterede dødsfald i 2022, en anelse flere end 279 i 2016, og gennemsnitligt var der 253 årligt fra 2017 til 2021. Over de seneste 20 år er antallet forblevet stabilt, og har svinget mellem 210 og 285 dødsfald per år. Der ses en tendens til en højere gennemsnitsalder for narkotikarelaterede dødsfald, med en stigning fra 33 år i 1993 til 43 år i 2022. Andelen af dødsfald blandt personer under 30 år var 19 % i 2022, en lille ændring fra tallene i de foregående år. Undersøgelser viser, at narkotikarelaterede dødsfald primært skyldes forgiftning fra blandet stofbrug, med et gennemsnit på fire til fem stoffer påvist i den afdødes blod på dødstidspunktet. Omtrent halvdelen af de narkotikarelaterede dødsfald mistænkes at skyldes opioidoverdoser, og dette har været relativt stabilt over de sidste fem år. Siden omkring 2002 har metadon været det hyppigst fundne opioid ved opioidoverdoser, hvor det indtil 2002 havde været heroin (36). Af alle fem regioner har Region Hovedstaden og Region Syddanmark registreret flest dødsfald på grund af en overdosis med ulovlige stoffer, men alle regioner har set en stigning sammenlignet med 2021 (35).

2.3 Traditionel substitutionsbehandling

I Danmark er kommunerne ansvarlige for alle former for behandling af stofafhængighed, hvad enten det er ambulant, dag- eller døgnbehandling – undtaget er behandling i Kriminalforsorgens regi og siden 2024 behandling i regionale institutioner, som varetager integreret behandling af psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik. Behandlingen adresserer både stofbrug og relaterede sociale og sundhedsmæssige problemer. Kommunerne koordinerer den socialfaglige og sundhedsfaglige del af behandlingen sammen med andre støtteforanstaltninger for at sikre den enkelte patient en helhedsorienteret tilgang. Sundhedsfaglig behandling af stofafhængighed kan undtagelsesvist begynde uden en social indsats, hvis den ordinerende læge i samarbejde med patienten og den socialfaglige medarbejder vurderer, at der ikke er behov. Det omvendte gælder også: at en patient kan modtage social stofmisbrugsbehandling for sin stofafhængighed uden sundhedsfaglig behandling (37).

I 2022 modtog næsten 21.000 personer over 18 år kommunal stofmisbrugsbehandling, (alkoholbehandling ikke inkluderet), og der var næsten 8.000, der påbegyndte behandlinger (41 % havde ikke tidligere været i behandling). Disse personer var fortrinsvis mænd under 30 år (37).

I 2022 lå andelen af alle de ny-indskrevne personer i stofmisbrugsbehandling, der angav opioider som hovedstof, stabilt på omkring 14 % gennem de seneste 3 år. Af de ny-indskrevne, som ikke tidligere har været i behandling, angav 8 % opioider som deres hovedstof (37). Måden, som heroinen administreres på, varierer mellem de førstegangsindskrevne personer og personer, der tidligere har været indskrevet i behandling. Sammenlignet med personer, der tidligere har været indskrevet i behandling, er der betydeligt færre af de førstegangsindskrevne, der angiver at injicere stoffet. Blandt unge (18-24 år) er andelen af dem, der er tilknyttet behandling med heroin som hovedstof lille og aftagende over tid (0,4 % i 2022, sammenlignet med 3 % for alle indskrevne) (37).

Ifølge Sundhedsstyrelsen var omkring 5.700 personer indskrevet i traditionel substitutionsbehandling i 2022 (inkluderes data fra Kriminalforsorgen, stiger dette til næsten 6.350). Overordnet er metadon den primære substitutionsmedicin, der bruges i behandling. Dog blev 43 % af de personer, der blev indskrevet i løbet af 2022, behandlet med metadon, mens 45 % blev behandlet med buprenorfin. De resterende 12 % modtog substitutionsbehandling med andre typer opioider.

I Sundhedsstyrelsens vejledning om den sundhedsfaglige behandling af personer med opioidafhængighed fremgår det, at kombinationspræparatet buprenorfin/naloxon bør anvendes som førstevalg til behandling af opioidafhængige personer, der ikke tidligere har været i behandling, og at man i videst muligt omfang bør sigte efter at anvende det i substitutionsbehandling. Blandt ny-indskrevne i substitutionsbehandling i 2022, som ikke tidligere har været i behandling, og som blev behandlet med enten buprenorfin eller metadon, blev 69 % ordineret buprenorfin og 31 % ordineret metadon.

2.4 Behandling med lægeordineret heroin

I Danmark er behandling med lægeordineret heroin reguleret af en omfattende juridisk ramme, der inkluderer Sundhedsloven, Autorisationsloven, Serviceloven, Lægemiddeloven og Lov om euforiserende stoffer. Ifølge Sundhedsloven § 142 er kommunerne forpligtet til at levere vederlagsfri sundhedsfaglig behandling med afhængighedsskabende lægemidler til personer med stofbrug. Kun læger ansat i specifikke stillinger (eller i forbindelse med hospitaliseringer) er autoriseret til at ordinere afhængighedsskabende lægemidler til behandling af stofbrug (autorisationsloven § 41).

DAM, der bruges i behandling, skal opfylde farmaceutiske standarder og er reguleret under lov om euforiserende stoffer, der tillader, at det bruges til medicinske formål ved behandling af personer med opioidafhængighed. Lægemiddelstyrelsen godkender, at klinikker kan modtage og opbevare DAM. Denne godkendelse er ikke betinget af, om der er tale om tabletter eller injicerbare opløsninger; dog kræver brug af ikke-godkendt medicin en særlig dispensation. DAM-pulver (Diaphin), der bruges til injektioner, er godkendt og markedsført i Danmark, mens tabletudgaven ikke markedsføres i Danmark og kræver en særlig dispensationstilladelse fra Lægemiddelstyrelsen, der skal fornyes årligt.

Behandlingsfaciliteter og forhandlere, der håndterer DAM, skal indhente tilladelse fra Lægemiddelstyrelsen, som overvåger disse aktiviteter under Lov om euforiserende stoffer. Overholdelse af gældende regler sikres gennem udpegede ansvarlige personer, og enhver ændring, såsom adresseflytning eller ændringer i lederskab, kræver ansøgning om fornyet tilladelse.

Lægemiddelstyrelsen udfører fysiske inspektioner af behandlingsfaciliteter og distributører ud fra en risikobedømmelse, hvilket kan medføre væsentlige ændringer i behandlingen. Derudover er klinikker forpligtet til at indsende kvartalsvise rapporter, der detaljeret angiver mængden af DAM, som er modtaget, brugt og destrueret samt eventuelle tab. Samlet set sikrer denne regulering et kontrolleret og overvåget brug af DAM i behandling med lægeordineret heroin, som styrker sikkerhed, overholdelse af medicinske standarder og streng overvågning fra Lægemiddelstyrelsen for at forhindre misbrug eller omgåelse af reglerne.

Behandling med lægeordineret heroin i Danmark kræver en patientbase på mindst 20 for at sikre kvalitet og sikkerhed (22). Læger, der er godkendt til at ordinere DAM, skal være speciallæger i almen medicin, psykiatri, samfundsmedicin eller andet relevant speciale med solid erfaring fra stofmisbrugsbehandling og misbrugsrelateret komorbiditet. Disse læger godkendes af Styrelsen for Patientsikkerhed og er forpligtet til at koordinere den sundhedsfaglige behandling med de sociale indsatser, som er angivet i Serviceloven (38). Behandlingen tilbydes aktuelt på fem specifikke klinikker fordelt på fire regioner og er ikke tilgængelig under hospitalsindlæggelse eller i Kriminalforsorgens regi. I tilfælde af indlæggelse, ferie eller fængsling, kan patienter tilmeldt en af de fem heroinklinikker skifte til traditionel substitutionsbehandling.

3. Metode

Denne rapport blev udarbejdet fra juni 2024 til februar 2025. I løbet af denne periode fandt der ændringer sted i bemanning og ledelse på klinikkerne, hvilket bør tages i betragtning i fortolkning af data og resultater. Rapporten er baseret på flere datakilder og inkluderer registerdata, spørgeskemaer til personale, kvalitative interviews med ledere, medarbejdere og patienter samt gennemgang af litteratur på området. Hver af disse kilder beskrives yderligere nedenfor.

3.1 Registerdata

Analyserne i afsnit 5 blev udført af Sundhedsdatastyrelsen (SDS) baseret på data fra flere danske administrative registre: Sundhedsstyrelsens database for injicerbar heroin og metadon (IHM), Register over Stofmisbrugere i Behandling (SIB), Det Centrale Personregister (CPR), Dødsårsagsregisteret (DAR) og Landspatientregisteret (LPR).

Under hele databehandlingen blev alle data sikkert opbevaret på en fjernserver hos SDS. Registerne blev sammenkoblet ved brug af personnumre som en unik nøgle og behandlet i SAS Enterprise Guide.

SDS arbejder for at sikre bedre sundhed ved brug af data og ved at skabe digital sammenhæng i sundhedssektoren. For at opnå dette leverer SDS sundhedsstatistikker og analyser af sygdomsmønstre, dødsårsager, medicin og aktivitet i sundhedssektoren m.m. og overvåger og følger op på politiske mål og aftaler med hensyn til kvalitet og effektivitet i sundhed samt støtter generel politisk beslutningstagen. Desuden udvikler, vedligeholder og udstiller SDS også klassifikationer og terminologier, som relaterer til operationalisering og fortolkning af data.

SDS' rolle i evalueringen af den danske behandling med lægeordineret heroin har været at udarbejde de registerbaserede analyser. Analyserne er udarbejdet med udgangspunkt i ønsker fremsat af SERAF. Der har løbende været et tæt samarbejde mellem SDS og SERAF, hvor SDS, udover at udarbejde analyserne, dvs. kodning, samstilling af datasæt og udarbejdelse af tabeller, har bidraget til at kvalificere data og tolkning af analyserne.

Analyserne er lavet med udgangspunkt i patienter registreret i behandlingsregisteret IHM. Alle behandlinger med injicerbar DAM og metadon skal indberettes til SDS. På baggrund af indberetningerne danner SDS IHM-registeret. Registeret indeholder oplysninger om behandlingen, stofmisbrug, risikoadfærd, forekomst af misbrugsrelaterede fysiske og psykiske sygdomme, selv vurderet helbredsopfattelse samt data om social belastning og kriminalitet. Formålet med IHM-registeret er at danne grundlaget for at gennemføre en individuel såvel som en overordnet evaluering af behandlingsformen, herunder løbende monitorering og evaluering af behandlingens effekt. I analyserne af tidligere behandlingsindsats er IHM-registeret sammenkørt med data i SIB. SIB indeholder oplysninger om personer i Danmark, der er i behandling for stofmisbrug. Registeret er oprettet af SDS på baggrund af data fra Danmarks Statistik og indeholder informationer om blandt andet stofindtag, behandlingsforløb og behandlingsudbytte. Registeret går i sin nuværende form tilbage til 1996. Kommuner og læger har jf. lovgivningen pligt til at indberette data til SIB.

I analyserne af sygelighed og dødelighed blandt patienter, som er eller har været indskrevet i behandling med lægeordineret heroin, er IHM-registret sammenkørt med hhv. LPR og DAR. LPR indeholder information om hver gang en person har været i kontakt med det danske sygehusvæsen. I forbindelse med fx undersøgelser eller behandlinger indberetter sygehusene en række oplysninger. Alle disse oplysninger samles som data i LPR, der administreres af SDS. Oplysningerne kan eksempelvis beskrive, hvornår og hvor patienten er blevet indlagt, eller kan beskrive patientens diagnoser, undersøgelser, behandlinger, operationer m.m. DAR indeholder informationer om alle dødsfald i Danmark. Når en person dør i Danmark, foretager en læge ligsyn og udfylder en dødsattest, som rummer en række oplysninger om dødsfaldet. Disse oplysninger indberettes til SDS og danner basis for DAR. Dødsårsagerne er de centrale data i registeret, men det indeholder også andre oplysninger som fx dødsdato, dødssted, oplysninger om eventuel obduktion og bopælskommune.

Da alle registre opdateres løbende og også tilbage i tid, har de to forskellige datakørselstidspunkter (hhv. 28. august og 19. september) for nogle af tabellerne betydet, at nogle af de angivne totaler afviger en smule på tværs af tabellerne.

3.2 Spørgeskemaer til personale

To elektroniske spørgeskemaer til personale blev udviklet og udsendt til de fem klinikker via e-mail. Spørgeskemaerne blev sendt efter et forudgående personligt møde, hvor forskerne besøgte den enkelte klinik for at beskrive målsætninger og omfang af evalueringen, herunder hvordan personalets besvarelser ville blive brugt. Alt personale blev informeret om dataindsamlingsprocessen, herunder målsætninger for og omfang af projektet. Personalet blev også informeret om, hvordan deres svar ville blive opbevaret og anvendt, at det var frivilligt og anonymt at deltage. Samtykke blev indhentet fra det deltagende personale. Personalet blev også informeret om, at spørgeskemaerne ikke registrerede navne eller forsknings-ID, og at det derfor ikke var muligt at trække deres besvarelser tilbage. Svar fra undersøgelserne blev opbevaret elektronisk i den sikrede dataløsning (TSD) ved Universitetet i Oslo. De eneste personer med adgang til svarene var medlemmerne i projektgruppen.

Spørgeskemaer til klinikkerne:

Spørgeskemaer blev sendt til ledelsen på alle fem klinikker, som blev bedt om at udfylde og afslutte spørgeskemaet i løbet af 10 dage. Spørgeskemaet bestod af flere sektioner, herunder information om klinikken, personalesammensætning, indsatser leveret af klinikken og specifikke procedurer. Spørgeskemaet omfattede 53 emner og inkluderede både multiple choice og besvarelser i fritext. Spørgeskemaet i sin helhed er inkluderet som **Appendiks 1**. Alle ledere på fem klinikker besvarede skemaet.

Spørgeskema om retningslinjer:

Spørgeskemaer om retningslinjer blev sendt til ledelsen på alle fem klinikker, som blev bedt om efterfølgende at sende det til alt personale på den respektive klinik til udfyldelse inden for 5 uger. Spørgeskemaet bestod af alle 14 sektioner af de eksisterende retningslinjer for behandling med lægeordineret heroin og spurgte personalet om retningslinjerne ifølge deres mening var opdaterede, hvilken nytte de gjorde og hvordan de kunne forbedres. Spørgsmål, som personalet fandt irrelevante for deres specifikke arbejdsområde, kunne springes over. Spørgeskemaet i sin helhed er inkluderet

som **Appendiks 2**. Der blev modtaget 52 spørgeskemabesvarelser fra de forskellige personalegrupper på de fem klinikker.

3.3 Kvalitative interviews

Rekruttering

Center for Rusmiddelforskning modtog opdraget vedrørende den kvalitative devaluering i start juni, og kontaktede de relevante ledere på klinikkerne medio juni 2024 ved at sende en mail med en kort beskrivelse af delprojektet. Lederne blev derudover bedt om at deltage i et individuelt interview og støtte planlægning af datoer for gruppeinterview med det sundhedsfaglige og socialfaglige personale samt indskrevne patienter på de respektive klinikker. De første besøg på den enkelte klinik havde således til formål at gennemføre leder- og medarbejderinterview, samt skabe kontakt til et bredt udsnit af indskrevne patienter for at sikre variation i patienternes livssituation, belastningsniveau og oplevelser med behandling med lægeordineret heroin. De efterfølgende besøg på den enkelte klinik havde til formål at interviewe indskrevne patienter og foretage en eventuel opsamling med personale. Dataindsamling blev afsluttet august 2024, da det oprindelige opdrag var at udfærdige delrapporten i september 2024. Dette blev dog udskudt, hvilket muliggjorde et interview med den konstituerede leder på Valmuen, København i november 2024, som følge af den tidligere leders afgang. Formålet var at danne et overblik over ændringer på klinikken som følge af lederskiftet, som der skulle tages højde for i analysen.

Tak til Sidsel Schrøder videnskabelig assistent på CRF, Katrine Sønderkjær Vium (praktikant), Anna Leth Larsen (studentermehjælp på CRF) som bidrog i indsamling af data.

Dataindsamling

Alle interview blev udført af ansatte på CRF. Samtalerne blev lydoptaget til den videre analyse og gemt på en sikker server på Aarhus Universitet efter de foreskrevne GDPR-regler.

Interview med ledere og indskrevne patienter foregik som individuelle interview og varede mellem 45-90 minutter. Interview med personale foregik som gruppeinterview og varede omkring 1,5 time. Af praktiske årsager foregik interview med lederne både online og på klinikkerne. Individuelle interview med personale blev fravalgt, dels fordi det ville være mere tidskrævende, dels fordi gruppeinterview gav mulighed for en udveksling på tværs af fagligheder og arbejdsopgaver, herunder mulighed for at kommentere og spørge ind til hinandens udsagn, og derved uddybe temaer i interviewguiden og give plads til nye relevante temaer. Interview med personale og indskrevne patienter foregik lokalt på klinikkerne, der forinden var blevet bedt om at stille et lokale til rådighed, hvor de planlagte interview kunne foregå uden forstyrrelser.

Fokus for interview

Formålet med interviewene var at undersøge erfaringer og tilfredshed med behandling med lægeordineret heroin, herunder 1) generelle problemer med visitation til behandling, 2) andre barrierer for tilgang, 3) oplevelser af de gældende retningslinjer på området, 4) karakteristika for frafald og fastholdelse i behandling, 5) personalets uddannelsesbaggrund, kompetencer og andre

personaleforhold, samt 6) potentiale for udvikling af den fremtidige behandling med lægeordineret heroin.

Interviewguides og temaer

Der blev udviklet to interviewguides til hhv. ledere/personale og indskrevne patienter. Begge guides indhentede først nogle få baggrundsoplysninger. Resten af interviewet var opbygget som et semi-struktureret interview og tog afsæt i temaer, som i vid udstrækning var ens på tværs af de to interviewguides, med plads til, at nye temaer kunne opstå og udfoldes (39). Hvert tema involverede støttespørgsmål, som blev anvendt til at forklare det enkelte tema og støtte fokus for dataindsamling.

- Tema 1. Tiden op til indskrivning i behandling med lægeordineret heroin: 1) Livssituation, 2) Baggrund for overvejelser om behandling, 3) Henvi sning, visitation og indskrivning.

De efterfølgende temaer involverede forskellige aspekter af selve behandlingen. For at stimulere og øge fokus for samtalen, blev informanterne ved hvert tema bedt om at vurdere, hvordan behandlingen placerede sig ift. at møde patienternes behov på en skala fra 1 til 10 (1=virkelig dårlig og 10=virkelig god). Efter at have nævnt et tal, blev informanterne bedt om at beskrive, hvorfor de valgte dette tal (hvad der trak tallet op og hvad der trak tallet ned), samt hvad der skulle til for at hæve tallet (mulighed for potentielle forandringer). Vurderingerne blev således ikke anvendt til en egentlig evaluering af den enkelte klinik eller til at evaluere på tværs af klinikker. Af samme grund inddrages vurderingerne kun, hvor det er skønnet relevant ift. at vise variation i informanternes oplevelser af centrale områder i behandlingen. Særligt meget belastede patienter ville ikke, eller var ikke i stand til, at komme med en vurdering. Alle informanternes fortællinger er dog inddraget i analysen, for at sikre bredden i oplevelser af behandling med lægeordineret heroin

- Tema 2. Overordnede rammer for behandling (fx åbningstider, geografisk afstand/transport, stemning på stedet, regler og sanktioner).
- Tema 3. Sundhedsfaglig behandling (fx doser og indtag, anden substitutionsmedicin, 'ordning om hjemtag af medicin', åbenhed og dialog om stofbrug, udredning og hjælp til somatisk og psyke).
- Tema 4. Socialfaglig behandling (fx henvi sning til andre tilbud, sociale ydelser og samarbejde med relevante tilbud uden for behandling med lægeordineret heroin).
- Tema 5. Personalets betydning for kvaliteten af behandling (fx sammenhæng mellem problemer og tiltag, grad af støtte og hjælp, indflydelse på eget behandlingsforløb, kompetencer og ressourcer ift. at møde patienternes behov, tilgængelighed og opsøgende indsats, aktiviteter og afslag på patienternes ønsker).

Særlige fokuspunkter

I interview med indskrevne patienter blev det prioriteret at spørge til:

- Drømme/mål for indskrivning i behandling med lægeordineret heroin ved opstart og på tidspunkt for interview.
- Langsigtede mål for indskrivning i behandling med lægeordineret heroin.

I interview med personale og ledere blev det prioriteret at spørge til:

- Faktorer der indvirker på indskrivning i behandling med lægeordineret heroin (fx inklusionskriterier, kendskab til behandlingen, procedurer for henvisning, ændringer i målgruppe).

Ønsker til behandling med lægeordineret heroin

Alle interview afsluttede med mulighed for at komme med tre ønsker til forbedringer af behandling med lægeordineret heroin i Danmark. Disse kunne både være rettet mod lokale forhold og mod generelle forhold i behandlingen.

Analyse

I analysen af data blev der anvendt en systematisk tekstkondensering, hvor de definerede temaer gradvist blev mere udviklede og klart definerede (40). Metoden er velegnet til at foretage en deskriptiv analyse, som er så tekstnært som mulig. Der blev foretaget en systematisk tekstkondensering, som foregik i fire trin med sigte på at: 1) Danne et helhedsindtryk af temaer inden for hver målgruppe på den enkelte klinik; 2) Danne et helhedsindtryk af temaer for hver målgruppe på tværs af behandlingsklinikker, 3) Identificere overordnede temaer på tværs af alle målgrupper, og 4) Sammenfatte betydningen i overordnede tematiske beskrivelser.

Analysen og resultater er lavet af Birgitte Thylstrup med sparring fra Sidsel Schrøder, mens Christian Tjagvad har revideret og skærpet den endelige udgave.

3.4 Litteraturgennemgang

For at undersøge den eksisterende litteratur omkring lægeordineret heroin med hjemtag af medicinen udførte vi en omfattende søgning ved hjælp af Web of Science-plattformen i juli 2024. Søgningstrategien involverede søgning på termer som "heroin-assisted treatment" og dets variationer ("diacetylmorphin", "HAT," "DAM", "injectable opioid agonist treatment" og "iOAT") sammen med nøgleordene "take-home" eller "not supervised". Den udvalgte litteratur fra denne søgning blev undersøgt og gennemgået for at identificere relevant materiale. Derudover supplerede vi vores søgning ved at udforske grå litteraturkilder, herunder regeringsrapporter.

3.5 Etisk godkendelse

Godkendelse af spørgeskemaer til personale blev modtaget fra Norwegian Agency for Shared Services in Education and Research (Sikt) (Reference nummer 809198, 27.06.2024).

Det kvalitative delprojekt er godkendt af Datatilsynet og overholder den europæiske GDPR. Deltagere blev mundtligt informeret om formål med undersøgelsen og udfyldte et informeret samtykke, baseret på de gældende regler for samtykke på Aarhus Universitet (se behandling af personoplysninger i overensstemmelse med databeskyttelsesforordningens artikel 6, stk. 1, litra a) og artikel 9, stk. 2, litra a), samt mulighed for at trække sig fra undersøgelsen og ikke blive genkendt i materialet. I overensstemmelse med de gældende regler blev det understreget, at deltagelse var frivillig, at deltagerne til enhver tid kunne trække deres samtykke tilbage, at data blev gemt på en sikker server på Aarhus Universitet og efter Datatilsynets retningslinjer. Derudover blev deltagerne informeret om,

at personoplysninger ikke blev delt med nogen ud over forskergruppen, og at det kun var personer med tilknytning til det forskningsmæssige arbejde, der ville få adgang til interviewet. Endelig blev deltagerne informeret om, at interviews kunne blive transskriberet, analyseret og formidlet bredt. Det blev understreget, at alle deltagere ville blive pseudoanonymiseret, og at der ville blive anvendt andre navne, samt at alder, steder mm. ville blive sløret, så de ikke kunne genkendes. Lederne blev i deres version af samtykke varslet om, at det ikke ville være muligt for dem at optræde som anonyme i samme grad.

4. Behandlingsorganisation

De fem klinikker havde både ligheder og forskelle i organiseringen af behandling og drift. Dette afsnit beskriver behandlingsorganisationen i klinikkerne, herunder: 1) Placering og omgivelser; 2) Patientkapacitet; 3) Henvisningsprocedurer; 4) Åbningstider; 5) Patienttilgængelighed; 6) Personale; 7) Tilbudte indsatser; 8) Kliniske procedurer; 9) Medicinering; 10) Sikkerhed og 11) Afslutning og fortsat behandling. I dette afsnit angives det i parentes efter de forskellige udtalelser, hvilken klinik der har udtalt sig.

Oplysningerne i dette afsnit stammer fra data fra spørgeskemaer sendt til ledelsen juni-juli 2024.

4.1 Placering og omgivelser

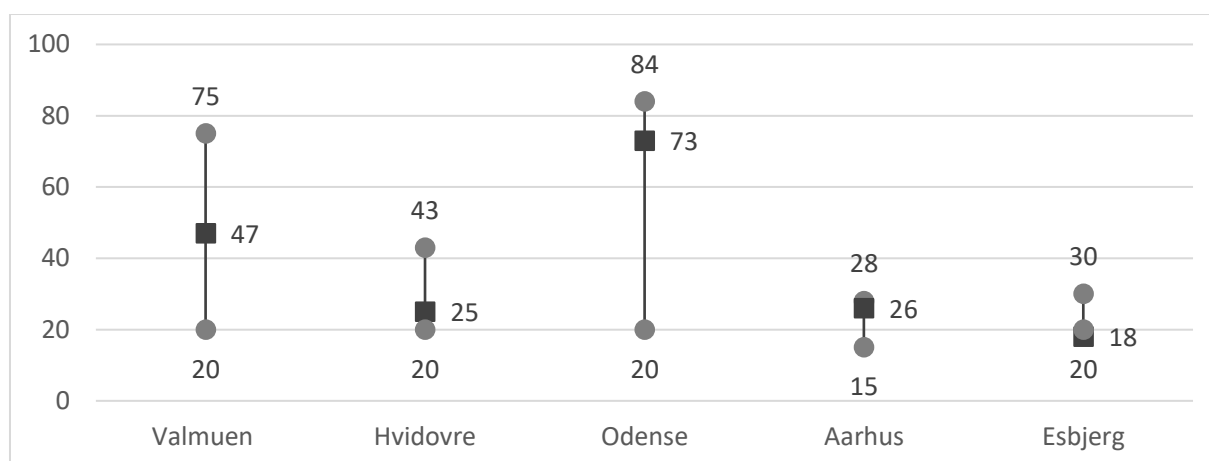
Der er fem klinikker med behandling med lægeordineret heroin: Valmuen, KABS Hvidovre, Odense, Aarhus og Esbjerg. De fem klinikker er beliggende i forskellige kommuner (København, Rødovre, Odense, Aarhus og Esbjerg), hvor to klinikker (Valmuen i Københavns kommune og KABS Hvidovre) er placeret i hovedstadsområdet.

Klinikkerne er placeret enten direkte ved eller i nærheden af traditionel substitutionsbehandling. Fire klinikker er tilknyttet klinikker med traditionel substitutionsbehandling (KABS Hvidovre, Odense, Aarhus og Esbjerg) og ligger inden for 100 meter fra dem. Fire klinikker deler personale på forskellige niveauer med klinikker med traditionel substitutionsbehandling (KABS Hvidovre, Odense, Esbjerg og Aarhus), herunder ledelse eller personale. Valmuen er derimod en selvstændig klinik, som ikke er geografisk forbundet til traditionel substitutionsbehandling. Alle klinikker rapporterer at være beliggende i et byområde.

4.2 Patientkapacitet

Klinikkerne er forskellige, når det kommer til antallet af aktuelt indskrevne patienter og den oplyste maksimale kapacitet. Ifølge klinikledere pr. juli 2024 varierer det aktuelle antal patienter fra 18 (Esbjerg) til 73 (Odense). I Esbjerg har antallet af patienter gennemsnitligt ligget på 22 over de seneste 12 måneder. Den højeste oplyste maksimale patientkapacitet er i Odense (84 patienter), mens den laveste er i Esbjerg (30). Klinikkerne rapporterer, at deres minimumsantal ligger mellem 15 og 20 patienter (Figur 4.1). Ingen af klinikkerne rapporterer at have patienter på venteliste.

Figur 4.1. Kapacitet og aktuelle antal patienter pr. klinik oplyst af klinikkerne pr. juli 2024.



4.3 Henvisningsprocedurer

Alle klinikker overholder de kommunale og lovgivningsmæssige retningslinjer for henvisninger, men med forskelle. I overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9507 bliver patienter henvist til klinikken af den kommunalt ansatte læge, der håndterer traditionel substitutionsbehandling (Sundhedsministeriet, 2013). Henvisningerne vurderes derefter af et visitationsudvalg, som omfatter den læge, der er ansvarlig for behandlingen med lægeordineret heroin, men kan også involvere andet personale.

De fleste klinikker oplyser, at de opererer med et velfungerende internt henvisningssystem fra den traditionelle substitutionsbehandling, hvilket typisk resulterer i, at der ingen ventetid er. Dog fremhæver en klinik (KABS Hvidovre), at der er tale om en kompleks proces.

Alle klinikker opfordrer til, at alle interesserede i behandling med lægeordineret heroin skal kontakte klinikken direkte for specifik vejledning og information om mulig henvisning til behandling. Henvisning til behandling skal foregå efter konkret vurdering af den kommunalt ansatte læge, der er ansvarlig for patientens substitutionsbehandling, og praktisering af selvhenvender-princippet er derfor ikke muligt.

4.4 Åbningstider

Klinikkerne har til en vis grad forskellige åbningstider. Alle klinikkerne er åbne for patienter 365 dage om året, typisk fra kl. 8 eller 8.30 om morgenen til 17.30 eller 18 om aftenen (nogle har kortere åbningstid), med specifikke timer afsat til udlevering af DAM. Dog tilbyder nogle klinikker mulighed for, at patienter kan forblive længere på klinikken. Nogle klinikker tilbyder formiddags- og eftermiddagssessioner såsom at have åbent fra omkring kl. 8 til 12 og 14 til 17, og nogle har specifikke tidspunkter for indtag og observation.

4.5 Patienttilgængelighed

Overordnet set rapporterer klinikkerne, at deres placering er let tilgængelig for patienterne. Tre af klinikkerne beskriver deres placering og tilgængelighed som 'meget let' at nå frem til (Odense, Aarhus, Esbjerg), mens de to andre klinikker vurderer placering og tilgængelighed som 'let' (Valmuen, KABS Hvidovre). På fire af klinikkerne benytter de fleste patienter sig af offentlig transport til at nå frem, med estimerede rejsetider på mellem 21 og 45 minutter. I Aarhus ankommer de fleste patienter til fods, hvilket gennemsnitligt tager mindre end 20 minutter (se dog også 7.1).

Klinikkerne anses for at være tilgængelige for personer med mobilitetsudfordringer, og imødekommer behovene hos dem, der bruger kørestole, stokke eller har smerter og gangbesvær. De tilbyder elevatorer, elektroniske døråbnere, ramper og brede gange og døre uden dørttrin for at sikre let adgang for alle patienter. Perspektiver på klinikernes tilgængelighed ses i afsnit 7.3.1.

4.6 Personale

Stillinger

Alle klinikkerne har ansat tværfaglige teams, og personalet på klinikkerne omfatter sygeplejersker, læger, socialfagligt personale, administrativt personale og andre. Der ses uddybende information om bemanning i klinikkerne i afsnit 7.4 og 7.5. For flere af klinikkerne gælder det, at personalet udover at varetage lægelig heroinbehandling også varetager traditionel substitutionsbehandling. Derudover kan der være tilknyttet tilkaldevikarer med varierende arbejdstider, samt tilknyttet personale fra eksterne leverandører til at varetage dele af driften. Opgørelsen af personalet, herunder især sammenligning af de forskellige klinikker, bør ses med dette betydelige forbehold.

På undersøgelsestidspunktet beskæftigede klinikken i København (Valmuen) otte fuldtids socialpædagoger. To af sygeplejerskerne fungerer som klinikledere og håndterer administrative opgaver, budgetstyring og personaleansvar, og begge styrer basale driftsfunktioner på klinikken. Mens klinikken ikke har en fuldtids socialrådgiver og en intern psykolog, er der tilknyttet en ekstern psykolog, som er tilgængelig én dag om ugen. Udover den faste læge støttes klinikken af en intern tilkaldeordning bestående af læger, der er involveret i den traditionelle substitutionsbehandling. Disse læger yder dækning uden for arbejdstid og reagerer inden for 30 minutter.

Bemandingen på de fem klinikker varierede og spændte over det, der svarede til 6-30 fuldtidsstillinger (Tabel 4.1). Denne variation kan forklares med personalemæssig overlapning fra nærliggende klinikker med traditionel substitutionsbehandling samt estimeret maksimal kapacitet og aktuelt antal indskrevne patienter. På alle klinikkerne udgør sygeplejersker størstedelen af bemanningen. Bemanning indenfor hver stilling og klinik er vist i Tabel 4.1.

Tabel 4.1. Bemanding og faggrupper på klinikker omregnet til fuldtidsstillinger per juli 2024

Kliniknavn	Total	Sygeplejersker	Læger	Psykologer	Socialfagligt personale	Administrativt personale	Andet personale
Valmuen	21,00	12	1,0	-	-	-	-
KABS Hvidovre	29,67	9	2,8	1	4,0	1,0	12,6
Odense	21,00	18	3,0	-	-	1,0	3,0
Aarhus	6,00	6	4,0	-	-	1,0	1,0
Esbjerg	9,00	6	1,4	-	0,5	0,5	0,5

Udskiftning i personale

Med hensyn til nye ansatte er der i de sidste seks måneder i gennemsnit begyndt tre nye medarbejdere på klinikkerne (fra én til otte). En klinik beskriver den personalemæssige udskiftning som 'lav' (Aarhus), tre som 'mellem' (Valmuen, KABS Hvidovre, Esbjerg) og én som 'høj' (Odense). I løbet af de seneste to år har mellem 2 og 16 personer sagt op fra deres stillinger, med et gennemsnit på 8,6 om året. Nogle klinikker rapporterer om udfordringer med at finde kvalificeret personale, og alle klinikker rapporterer om behovet for yderligere træning af personale (se også afsnit 7,4 og 7.5).

Siden spørgeskemaerne blev besvaret i juli 2024, har der været flere organisatoriske ændringer på klinikkerne, herunder ændring i ledelsen på Valmuen.

Træning af personale

Personalet modtager Sundhedsstyrelsens anbefalede oplæring til behandling med lægeordineret heroin/fælles fagligt grundlag for stofbehandling (KBS SUB), men alle klinikker rapporterer om behov for yderligere løbende træning og faglig udvikling. Personalet ønsker specifikt mere inden for områderne:

- Nødberedskab: Udvidet førstehjælp, brand og evakueringstræning.
- Kliniske procedurer: Sårpleje, opioid scoring.
- Medicinsk viden: Farmakologi, psykiatri.
- Viden om stofbrug: Generel sundhedsfaglig stofmisbrugsbehandling, infektionssygdomme, fagspecifik specialuddannelse.
- Mental velvære: Professionelle terapeutiske metoder, mindfulness-praksis, akupunktur.
- Operative kompetencer: Dokumentationspraksis, konflikthåndtering, forebyggelse af stress og håndtering af arbejdsbyrde.

Både klinikken Valmuen og klinikken i Odense finder, at træning af personale er særdeles ressource- og tidskrævende. Især for sundhedsfagligt personale tager det typisk cirka en måned, før nyt personale kan håndtere opgaver selvstændigt, og omkring tre måneder at blive fuldt kompetente. Konflikthåndtering og stressforebyggelse udgør væsentlige aspekter af daglige arbejdsopgaver (Aarhus).

4.7 Tilbudte indsatser

I denne del beskrives nogle af de centrale indsatser, som belyses gennem spørgeskemaet, og som knytter sig op til det helhedsorienterede sigte, som er udgangspunkt for behandling med lægeordineret heroin. Det skal dog understreges, at der ikke er tale om en fyldestgørende dækning for den enkelte klinik, da angivelser af indsatserne i spørgeskemaerne ofte var tilføjet som "fri tekst".

Sundhedsindsatser

De fem klinikker tilbyder et omfattende udvalg af somatiske indsatser. Hepatitis C-behandling og sårpleje er tilgængelige på fire klinikker. Behandling med psykiatrisk medicin tilbydes på fire klinikker, mens behandling af luftvejsinfektioner tilbydes på tre. Kun én klinik tilbyder alle de somatiske indsatser, der er angivet her. Rådgivning om mental sundhed foregår på to klinikkerne via en henvisning til eksternt tilbud, men de øvrige tre har det som tilbud på klinikken.

Alle fem klinikker henviser til, eller samarbejder med, andre relevante sundhedsindsatser, så som tandpleje, som kan fås enten direkte gennem en tandlæge eller via kommunal tandpleje. Derudover henvises patienter til praktiserende læger i forbindelse med almen helbreds-mæssige behov, og til hospitaler ved behov for akut behandling eller specialiseret pleje, f.eks. psykiatri og infektionsmedicinsk ambulatorium (HCV-behandling). Nogle af klinikkerne faciliterer også kontakt til andre typer specialister, f.eks. optikere og smertebehandling. Hvis der ikke kan opnås samarbejde med det bredere sundhedssystem inden for en rimelig periode, kan den ansvarlige læge på klinikken foretage indledende diagnostik og behandling.

Sociale indsatser

Klinikkerne rapporterer, at de i varierende grad hjælper patienter med at få adgang til velfærdsydelser, så som hjælp til bolig, familieforhold og sociale ydelser. Uanset om det sker gennem internt personale som f.eks. socialrådgivere eller via eksterne kommunale sagsbehandlere, hjælper klinikkerne med at forbinde patienter til forskellige velfærdsydelser. Valmuen rapporterer, at de samarbejder med alle relevante parter, herunder koordinerer, vejleder og henviser patienter til relevante indsatser (fx Kriminalforsorgen, borgerservice, gældsrådgivning, hjemmevejledere, støttepersoner, herberger, familie-rådgivningscentre osv.) samt NGO'er.

Yderligere indsatser

Alle klinikker tilbyder dagligt drikkevarer og mad på stedet. Drikkevarer udgør fx vand, kaffe, te, juice og mælk. Til morgenmad serverer alle klinikker (undtagen en, som tilbyder morgenmad fire gange om ugen) frugt, grøntsager, brød, sandwiches, mejeriprodukter og madpakker. Én gang om måneden tilbyder en af klinikkerne brunch, mens en anden tilbyder en varm frokost. Én af klinikkerne vil fra oktober 2024 begynde et samarbejde med en NGO om at modtage 35 middagsserveringer dagligt.

Alle klinikker tilbyder andre indsatser rettet mod skadesreduktion, når en patient anmoder om det, hvilket inkluderer oplæring i at håndtere stoffer, træning i at forebygge overdoser, naloxonundervisning, hjertemassage og genoplivning. Der findes gratis injektionssæt, rene nåle/sprøjter, naloxon og andre produkter. Derudover tilbyder klinikkerne undervisning i hygiejne og injektionsteknik samt støtte til rygeafvænning. Der tilbydes også gratis prævention (f.eks. kondomer, præventionsprøje og -implantat) samt screening for HIV og hepatitis ved brug af DBS-tests.

Derudover tilbyder nogle klinikker adgang til computer, brusebad, vaskefaciliteter, tøj, hygiejneprodukter og adgang til fysisk træning eller et lokalt fitnesscenter. Valmuen tilbyder yderligere faciliteter, herunder bl.a. et hvile-sove-område, køkken og mødelokale.

4.8 Kliniske procedurer

Procedurer for vurdering og monitorering af patienten

Procedure for vurdering af patienten før administration af DAM

Før der udleveres medicin, gennemfører klinikkerne en grundig vurdering af patientens tilstand – af sikkerhedsmæssige årsager sker det ofte i et særligt lokale. Patienter vurderes på basis af deres opioidscore, deres fysiske og psykiske tilstand samt mulig påvirkning af stoffer/medicin.

Opioidscore er baseret på Opioid-Induced Sedation Scale (OSS). Dette værktøj vurderer øjenrespons, motoriske færdigheder og bevidsthedsniveau og varierer fra én (upåvirket) til seks (komatøs). Patienter skal score én eller lavere for at være berettiget til at modtage deres DAM-medicin. Hvis scoren overstiger én, drøftes sagen med lægen, og patienten kan blive yderligere undersøgt [Esbjerg].

Patienterne bliver spurgt om stof- eller medicinindtag før ankomst til klinikken, og personalet vurderer, om de ser ud til at være påvirkede. I nogle klinikker gennemgår alle patienter en alkoholtest for at måle alkoholniveauet. Hvis der detekteres alkohol (over 0,00), bedes de om at komme igen, når niveauet er faldet. I andre klinikker testes kun patienter med alkoholproblemer eller dem, der viser tegn på alkoholbrug (lugt, information om nyligt alkoholindtag).

Personalet udfører kliniske vurderinger, herunder anamnese og sikkerhedsevalueringer. Eventuelle sager, der kræver yderligere undersøgelse, drøftes med den vagthavende læge for at bestemme den passende fremgangsmåde i den lægelige behandling. Ustabilt fremmøde tages også med i vurderingen.

Procedure for vurdering af patienten efter administration af DAM

Efter administration af DAM i behandlingen følger klinikkerne fastlagte opfølgingsprocedurer for at sikre patientsikkerhed og korrekt overvågning. Opioidscore, den generelle fysiske og psykiske tilstand samt påvirkning fra stofbrug vurderes, og alle observationer og behandlingsforløb registreres i score-skemaet og lægejournalen.

Patienter, der anvender injektion, observeres i 20 minutter efter injektionen. Hvis opioidscoren overstiger to, fortsætter observationen, indtil scoren falder til to eller derunder. For opsplittede doser observeres patienterne i 20 minutter efter hver administration, i alt 40 minutter. Under den indledende fase af behandling med peroral DAM observeres patienterne i 60 minutter pr. indtagelse, indtil de stabiliseres på en fuld 24-timers dosis. Når de er stabiliseret, er der ingen observationstid, medmindre det anses specielt nødvendigt. Når doseringerne øges, øges overvågningstiden.

Ved enhver opioidscore, der når fire, eller forbliver på tre i mere end 20 minutter, bliver lægen orienteret. Saturationsmålinger af ilt (SpO₂) udføres ved alle opioidscore over tre og ved tegn på åndedrætsbesvær såsom nedsat respirationsrate eller cyanose. Der er specifikke procedurer for at håndtere kritiske SpO₂-målinger og potentiel iltbehandling.

Hvis en patients DAM-dosis kræver justering, kan den reduceres eller deles op efter konsultation med lægen.

Procedure til håndtering af fravær eller ustabil deltagelse

Klinikkerne har etableret en detaljeret procedure for håndtering af patienter, der er udeblevet fra flere medicinudleveringer. Hver manglet udlevering dokumenteres omhyggeligt, og gentagne fravær resulterer ofte i en reduktion eller ændring af patientens ordination. Klinikken tager kontakt til patienten via telefon og gennemgår situationen under det næste besøg med fokus på at forstå deres omstændigheder. Dette kan føre til dosisreduktioner eller et skift til metadon, hvis det anses for passende sikkerhedsmæssigt.

4.9 Medicinering

Administrationen af DAM

Alle klinikker tilbyder både peroral og injicerbar DAM. Der er forskelle på de enkelte klinikkers regler angående injektion i hals og lyske.

På tværs af de fem klinikker er der variation i den måde, DAM administreres på. Dog er injicerbar DAM den primært anvendte metode på alle klinikker (70 % -93 %). De fleste patienter, der injicerer, gør det intravenøst. Dog er der tiltagende flere patienter, der overgår til intramuskulær injektion pga. ødelagt venenet. Peroral DAM er mindre anvendt (0 % -29 %). Brug af både peroral og injicerbar DAM er ikke almindeligt.

Dosering af DAM

Patienters daglige doser af DAM varierer inden for de enkelte klinikker og på tværs af klinikker. På grund af den forskellige optagelsesgrad i de forskellige anvendelsesmåder (peroral, intravenøs (IV), intramuskulær (IM)) anvendes forskellige doseringer. Hver person modtager en individuel dosis, der løbende bliver vurderet, og størrelsen varierer mellem 30 og 1800 mg inden for en 24-timers periode.

Medicindækning om natten

Metadon anvendes i de fem klinikker både til natdækning og tag-med-hjem-dosis. Peroral morfin med moderat frigivelse (Contalgin/Malfin 12-timer) bruges mere ved hjemtag af dosis, end den udskrives til natten, mens den langtidsvirkende version (Contalgin Uno 24-timer) anvendes ligeligt til begge formål i tre klinikker. En klinik (Aarhus) tilbyder kun metadon. I én klinik (Valmuen) udskrives Malfin/Contalgin til de patienter, der ikke kan tåle metadon. Det skal tilføjes, at ordination af peroral morfin på klinikkerne er off-label.

Blandt de fem klinikker var der betydelig variation i de daglige doseringer af natdækkende medicin (**Tabel 4.2**). Derudover var der indenfor de enkelte klinikker en bred variation i dosering, med betydelige forskelle mellem minimums- og maksimumsdoseringer.

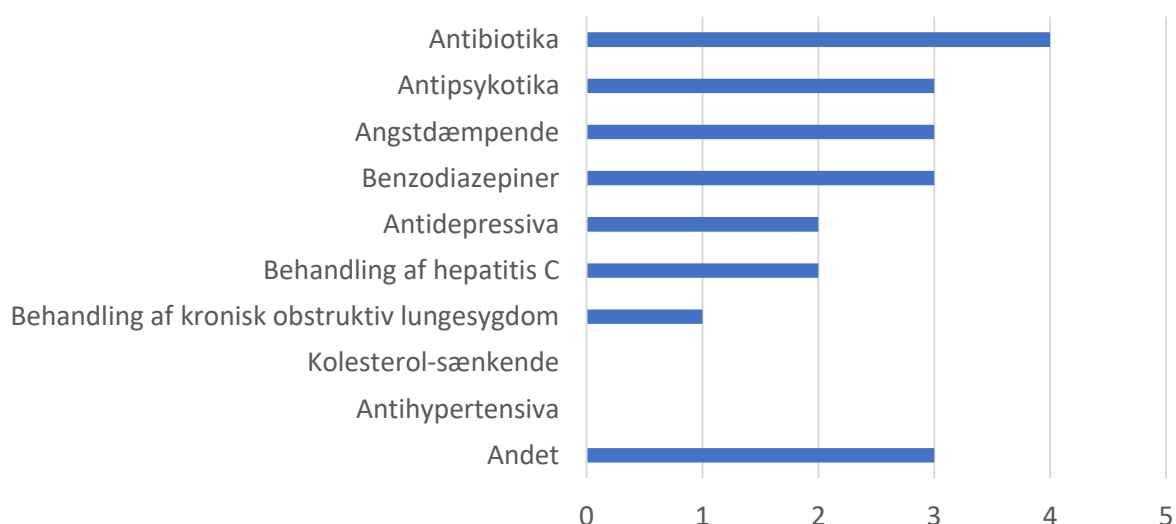
Tabel 4.2. Natdækkende medicin i de fem klinikker (daglig dose, min.-maks i mg)

Klinik	Peroral morfin langsom frigivelse (Contalgin Uno 24-hour)	Peroral morfin moderat frigivelse (Contalgin/Malfin 12-hour)	Peroral Metadon
Valmuen	Ikke tilgængelig	300 – 1400 mg	30-170 mg
KABS Hvidovre	600-900 mg	700-820 mg	35-200 mg
Odense	30-900 mg	30-900 mg	5-200 mg
Aarhus	Missing	Missing	20-135 mg
Esbjerg	50-600 mg	30 – 60 mg	30-80 mg

Anden medicin

Udover DAM kan den behandlende læge også ordinere et bredt udvalg af andre typer medicin. **Figur 4.2** viser en liste over opgivne medecintyper og antallet af klinikker, der tilbyder dem. Den mest almindeligt udskrevne type medicin er antibiotika, antipsykotika, anxiolytika og benzodiazepiner. Nogle klinikker rapporterede om udskrivning af andre typer medicin, herunder afføringsmidler, antihistaminer, medicin mod alkoholafhængighed, paracetamol, ibuprofen og forskellige vitaminer. Kun to klinikker rapporterer at tilbyde hepatitis C-behandling eller udskriver antidepressiv medicin. Ingen klinikker rapporterer at udskrive kolesterolsænkende eller blodtrykssænkende medicin. For de forskellige medecintyper i figur 4.2 gælder det, at klinikkerne i nogle tilfælde kan administrere medicinen for patienten, uden at de selv udskriver den, såfremt det vurderes, at patienten har utilstrækkelig sundhedskompetence.

Figur 4.2. Andre typer medicin udskrevet på klinikkerne



4.10 Sikkerhed

Håndtering af overdosis

Generelt set er overdoser sjældne på klinikkerne. Klinikkerne anslår et varierende antal ikke-dødelige overdoser de seneste 12 måneder. Af tilfælde, hvor der kun blevet givet supplerende ilt, rapporterer Odense 1 og Valmuen 60. Procedurene foreskriver, at der skal gives iltbehandling, når iltmætningen er under 90, medmindre der er en specifik medicinsk indikation for en anden tilgang. En klinik (Esbjerg) rapporterer 175 problematiske overdoser (1,3 %) ud af cirka 13.000 doser DAM i perioden 1. juli 2023 til 30. juni 2024, med ilt tilført i 33 tilfælde (0,25 %).

I de seneste 12 måneder var det i alle klinikker sjældent, at der var tilfælde med overdoser, hvor der blev givet naloxon. I to klinikker (KABS Hvidovre og Esbjerg) var der ingen, men en af klinikkerne tilkaldte en ambulance tre gange. I to klinikker (Valmuen og Aarhus) var der én overdosis hvert sted, hvor der blev tilkaldt en ambulance. I én klinik (Odense) var der tre overdoser, og ambulancen blev tilkaldt fire gange.

Når der forekommer en overdosis på klinikken, implementeres flere foranstaltninger baseret på de underliggende årsager og situationens alvor. Som konsekvens kan doseringer blive opdelt eller reduceret afhængigt af opioidscore eller SpO₂-niveauer. Justeringer kan også omfatte skift til metadon, morfin eller andre behandlinger om nødvendigt. Der føres samtaler med patienten for at vurdere indtagelse af stoffer og den generelle tilstand.

Sikkerhed og forebyggelse af misbrug

Klinikkerne har nogle centrale procedurer omkring sikkerhed. En oversigt over rapporterede sikkerhedsforanstaltninger er angivet i **Tabel 4.3**. Forberedelse, medicinkontrol samt overvåget indtag er etableret for at undgå misbrug, distribution og videresalg af medicin. Derudover har klinikkerne også implementeret andre metoder.

Alle regler og retningslinjer vedrørende brugen af medicin forklares til patienten under den indledende afklaringssamtale og indskrivningsinterview. Denne information styrkes løbende efter behov eller på anmodning fra patienter eller personale. Klinikkerne forbyder strengt udveksling af penge og diskussioner om handel med ulovlige stoffer inden for klinikens område.

Valmuen rapporterer, at efter specifikke vurderinger kan DAM-tabletter administreres i opslæmmet form for at forhindre misbrug. I KABS Hvidovre gennemføres urinprøver efter behov for at sikre, at patienterne tager den udskrevne medicin. I Esbjerg minimeres brugen af opioid- og benzodiazepin-lægemidler til selvadministration. De fleste langtidsvirkende depottabletter med morfin overvåges og administreres dagligt. For nogle patienter kan en del af deres metadon-dosis gives til selvadministration, men dette foregår under tæt opfølgning.

Tabel 4.3. Sikkerhedsforanstaltninger på klinikker med behandling med lægeordineret heroin

Screening, forberedelse og control	<u>Patient-screening:</u> Alle patienter gennemgår en daglig opioidscore før indtag, inklusiv alkoholtest og i nogle klinikker desuden SAT. <u>Forberedelse:</u> DAM bliver forberedt ud fra den angivne dosis, mærkes med label (navn, CPR-nummer, medikament, dosis og dato) og kontrolleres i et elektronisk journalsystem for at sikre, at alt er korrekt. <u>Kontrol af medicin:</u> Alle udskrevne medikamenter bliver tjekket flere gange (2-3 gange) af sundhedsfagligt personale før udlevering. En klinik rapporterer brug af et IT-system, der blokerer udlevering, hvis patienten ikke er blevet screenet (Odense).
Overvåget indtag og administration	<u>Overvåget indtag:</u> Der er altid minimum to autoriserede sundhedsfaglige medarbejdere til stede, når DAM indtages, med yderligere personale til stede om nødvendigt. Injektionsproceduren observeres af mindst en sundhedsfaglig medarbejder for at sikre korrekt administration. Af hensyn til sikkerhed og effektivitet er der en maksimumsgrænse for, hvor mange patienter, der kan blive observeret samtidigt. Medicinindtag til dækning af natten og af DAM-tabletter overvåges også.
Ansatte og procedure	<u>Sundhedsteam:</u> Der er altid et minimum af sundhedsfaglige medarbejdere til stede. I nogle klinikker er der også socialfaglige medarbejdere (Valmuen og Odense). Mindst en medarbejder befinder sig i observationslokalet. Det er altid en sundhedsfaglig medarbejder, der udfører overvågningen i de første 10 min. efter indtag, eller hvis patienten opnår en opioidscore > 2. Udover dette kan ikke-sundhedsfagligt personale på nogle klinikker også udføre overvågningen, f.eks. socialarbejdere (Valmuen). Alle procedurer i forbindelse med administration af medicin samt omgang med patienterne er veldokumenterede og kendt af personalet.
Opfølgning	<u>Regelmæssige vurderinger:</u> I overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens retningslinjer modtager patienter halvårlig opfølgning hos en læge, og der rapporteres til IHM. Særlige behandlinger som eksempelvis med benzodiazepiner vurderes månedligt .

4.11 Afslutning og fortsat behandling

Årsager til ufrivilligt ophør med behandling

Klinikkerne kan udskrive patienter mod deres vilje af flere årsager for derigennem at sikre både personalets og andre patienters sikkerhed og trivsel. Alle klinikker rapporterer samme slags årsager til udskrivelse, hvor den mest almindelige er gentagen udvisning af (ukontrollerbar) voldelig adfærd og trusler. Derudover kan patienter udskrives for længerevarende fravær, som overskrider 7-14 dage, samt uregelmæssigt fremmøde. Manglende overholdelse af regler for sikker injektion og af personalets instruktioner er også en almindelig årsag. Andre adfærdsproblemer, der kan føre til udskrivelse, inkluderer psykisk ustabilitet, sygdomme og påvirkning fra stofbrug.

Ved nogle af klinikkerne kan patienter, der udviser voldelig adfærd, tilbagevendende stofinduceret psykose eller lignende tilstande, midlertidigt overføres til traditionel substitutionsbehandling i en periode på nogle dage og op til et par uger. Når patienterne udskrives, planlægges en opfølgningssamtale inden for tre måneder vedrørende genhenvisning, hvis patienten ønsker det.

Årsager til frivilligt ophør med behandling

Patienter kan frivilligt forlade behandlingen af flere grunde, ofte relateret til personlige omstændigheder eller ønsker. De mest almindelige årsager inkluderer ønske om at skifte til traditionel substitutionsbehandling samt flytning til anden kommune eller region. Derudover nødvendiggør nye arbejds- eller uddannelsesmuligheder ofte ændringer i behandlingsplanerne.

Andre væsentlige årsager til frivillig udskrivning inkluderer afsoning af fængselsdom, overflytning til behandling til døgnbehandlingsklinik samt indlæggelse på hospital.

Procedure for fortsat behandling på andre institutioner

Når patienter befinder sig på andre institutioner som eksempelvis hospital eller fængsel, hjælper klinikkens læge og personale med at konvertere deres DAM-behandling til traditionel substitutionsbehandling (med f.eks. metadon eller depotmorfin). Denne konverteringsplan dokumenteres i Fælles Medicinkort (FMK), hvor der i systemet er adgang for andre sundhedsmyndigheder. Klinikken sikrer løbende kommunikation med både patienten og institutionen for at overvåge behandling og løse eventuelle problemer.

Hvis en patient er fængslet eller hospitalsindlagt, kan vedkommende ikke fortsætte DAM-behandling, men i særlige tilfælde kan det dog arrangeres, at patienten kan fortsætte sin behandling med DAM, eksempelvis med mulighed for udgang under hospitalsindlæggelse (f.eks. transporteret til klinikken for at modtage DAM) eller under afsoning af en dom med elektronisk fodlænke.

4.12 Resumé

Hovedresultater og fortolkning

Selvom der var variationer i behandlingsorganisation og bemanning, var de operationelle praksisser i forhold til de nuværende retningslinjer overordnet set relativt ens for de fem klinikker. De vigtigste forskelle vedrørte tilstedeværelse af læger, tilladelse til injektion i risikoområder (hals/lysken), regler vedrørende hjemtag af medicin, overvåget indtag samt personale-patient-ratio. Dette viser, at skønt klinikkerne har en ensartet organisation, er der forskelle, som har udviklet sig. Ligeledes sås der forskel på tilbud tilknyttet den sociale del af behandlingen, og i hvilken grad der var tilknyttet socialfagligt personale til selve DAM-behandlingen.

Ingen af klinikkerne rapporterede at udnytte deres maksimale kapacitet, og ingen havde patienter på venteliste til at komme i behandling. Sammen med tendensen til et faldende antal indskrivninger (se kapitel 5) indikerer dette en lav og faldende samlet efterspørgsel efter behandling, eller at man ikke har formået at nå ud til den eksisterende målgruppe. Dog kan dette også indikere, at procedurer samt manglede viden om behandlingen kan bremse henvisninger til behandlingen.

De forskellige klinikker rapporterede forskelle i somatisk og mental sundhedsbehandling samt medicinering (udover DAM). Flere klinikker rapporterede at tilbyde behandling for hepatitis C eller udskrive antidepressiv medicin. Ingen klinikker rapporterede at udskrive medicin til behandling af for højt kolesterol eller hypertension. Dette kan indikere, at mens nogle klinikker leverer sundhedsydelse ud over behandling for opioidafhængighed, afhænger en stor del af den generelle behandling sandsynligvis af, at patienten besøger sin praktiserende læge. I den forbindelse rapporterede alle fem klinikker, at de laver henvisninger eller samarbejder med andre sundhedsindsatser. På den ene side bliver de eksisterende sundhedsstrukturer benyttet ved at henvise behandlingen dertil. På den anden side repræsenterer det en potentielt tabt mulighed for at inddrage patienten i relevant behandling på klinikken. Patienterne i behandling med lægeordineret heroin kommer til klinikken op til to gange om dagen, hvilket således giver et praktisk og tilgængeligt udgangspunkt for anden relevant behandling.

Klinikkerne rapporterede store variationer i DAM-doser, både på de enkelte klinikker og indbyrdes. Dette kan forklares med, at der bruges individuelt tilpassede doser, og at der medtages vurderinger af andre faktorer, der kan påvirke doserne, såsom stofbrug og brug af andet ordineret medicin såsom benzodiazepiner. Hver patient modtager den dosis, der er skræddersyet til vedkommendes behov, så afhængig af hver enkelt kliniks patientgruppe, kan der være store forskelle i de ordinerede doser. I behandlingsretningslinjerne er der fastsat anbefalede max. døgndoser for peroral og injicerbar DAM.

Bivirkninger og overdoser forekom sjældent på alle klinikker, idet der var mindre end 1 % af besøgene, der resulterede i en overdosis. Selvom der var en markant variation i antallet af overdoser, kan dette muligvis forklares ved forskelle i størrelsen af det samlede antal patienter samt forskellige tærskler for indgriben. Selvom bivirkninger var sjældne, fandt de stadig sted, men uden, at der blev rapporteret om dødsfald. Dette understreger vigtigheden af overvåget indtag af lægeordineret heroin, da et vis antal alvorlige komplikationer stadig finder sted, på trods af de kliniske retningslinjer og tæt opfølgning af den enkelte patient før og efter DAM indtag.

5. Patienterne i behandling med lægeordineret heroin

Der blev indsamlet data om klinikkernes patienter i behandling med lægeordineret heroin gennem IHM-registeret (Injicerbar Heroin og Metadon-registeret). Dette inkluderer oplysninger om patientdemografi, behandlingshistorik, somatiske og psykiatriske diagnoser (ICD-10-koder) og patientrapporterede resultater (f.eks. SF-36-valideret spørgeskema, nuværende sociale forhold og stofbrug).

Dette afsnit gennemgår forskellige patientkarakteristika for de patienter, der i øjeblikket er indskrevet i behandling, og patienter, der har været det tidligere. Registerdata, der anvendes i denne rapport, er fra 2010-2024, og tidsintervaller af særlig interesse fremlægges i forhold til at vise udviklinger over tid.

Selvom registerdata giver værdifulde og ofte mere pålidelige indsigter sammenlignet med andre datakilder, er det vigtigt at være bevidst om dets begrænsninger. For eksempel kan data være ufuldstændige eller underlagt rapporteringsfejl. Derudover afdækker registerdata ikke nødvendigvis årsagerne bag mere kontekstuelle ændringer over tid, f.eks. ændringer i samfundet, patienternes liv eller i selve behandlingen, hvilket nogle gange gør det vanskeligt at tolke de bagvedliggende årsager til særlige resultater og tendenser baseret på registerdata.

5.1 Indskrivning og patienters socio-demografiske forhold

Dette afsnit beskriver den samlede population af patienter indskrevet i behandling med lægeordineret heroin fra 2010 til 2024. Både injektions- og tabletbehandlinger er inkluderet. Hvis en person har mere end én periode indskrevet i behandling med lægeordineret heroin (et 'forløb'), optræder hvert forløb med de data, der var gældende ved indskrivning. Det betyder, at personer kan optræde flere gange i det samlede antal behandlinger. Med den nuværende patientpopulation refereres der til patienter, der er registreret pr. 19. september 2024 uden en afslutningsdato, idet det antages, at behandlingen fortsat er i gang.

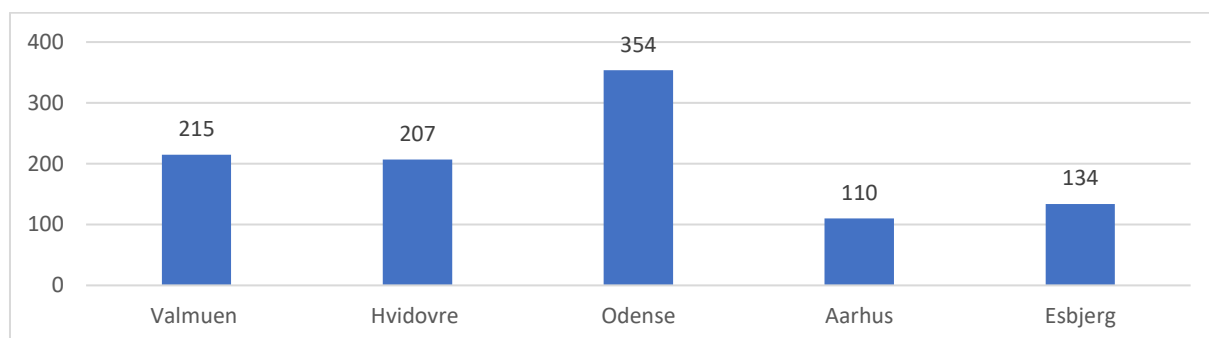
5.1.1 Indskrivning

Samlet antal indskrevne patienter

Ud fra registerdata stod, 686 unikke personer i løbet af perioden 2010-2024 for 1.020 indskrivninger til behandling med lægeordineret heroin på tværs af de fem klinikker. Geografisk set kom den største andel fra Odense, der tegner sig for 35 % af de samlede indskrivninger, mens 21 % kom fra Valmuen, hvilket gør det til den næststørste kilde. Aarhus rapporterede den mindste andel på 11 %.

Figur 5.1 viser forskelle i indskrivninger til behandling med lægeordineret heroin på de fem klinikker. Disse tal påvirkes af flere faktorer, inklusive befolkningsstørrelse, antal henvisninger, rekruttering, fastholdelse og kapacitet. For eksempel vil høj patientflow øge kapaciteten og dermed potentielt antal indskrivninger.

Figur 5.1. Samlet antal indskrevne i behandling med lægeordineret heroin fra alle klinikker 2010-2024.

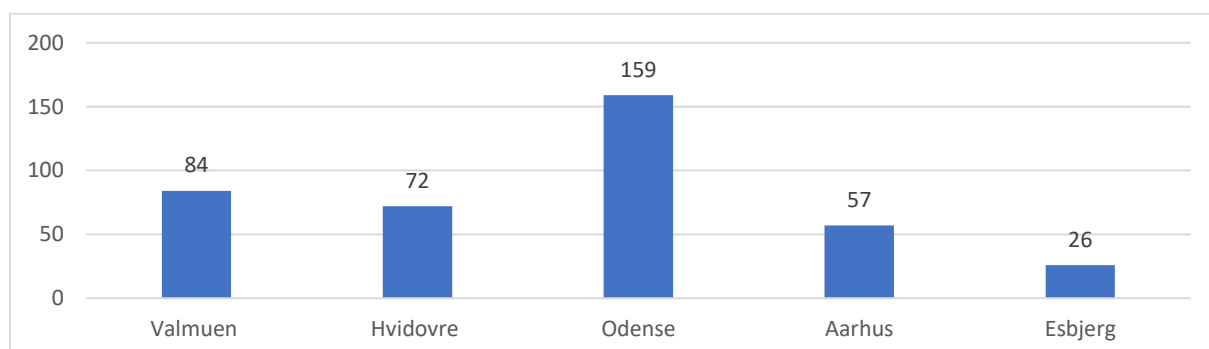


Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Sundhedsdatastyrelsens register over injicerbar heroin og metadon (IHM).

Aktuelle indskrivninger

Ud fra registerdata var, det samlede antal personer, der pr. 19. september 2024 var indskrevet i behandling med lægeordineret heroin (og uden registreret slutdato) 398. Der er betydelige forskelle på størrelsen af populationer på tværs af de fem klinikker (**Figur 5.2**), hvor 40 % findes i Odense.

Figur 5.2. Antal patienter indskrevet fra alle klinikker pr. september 2024.



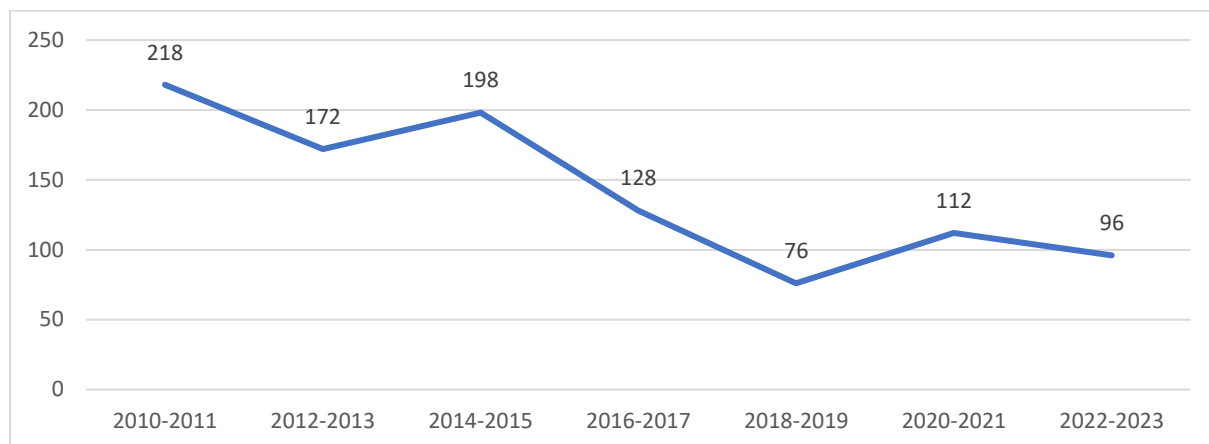
Kilde: Egne beregninger baseret på data fra Sundhedsdatastyrelsens register over injicerbar heroin og metadon (IHM).

Det er værd at bemærke, at disse tal fra patientregisteret afviger fra det antal patienter, som klinikkerne selv rapporterer (se afsnit 4.2). En nærliggende forklaring skal nok findes i, at andelen af patienter, som faktisk har afsluttet deres behandling med lægeordineret heroin, fortsat er registreret i IHM-registeret, muligvis pga. manglende registrering af behandlingens afslutning.

Historisk udvikling fra 2010 til 2023

Fra 2010 til 2023 har der været en bemærkelsesværdig tendens med faldende antal indskrivninger (**Figur 5.3**). Oprindeligt var antallet af indskrivninger relativt højt, med 178 personer i perioden 2010-2011. Imidlertid var dette tal i 2022-2023 betydeligt reduceret, idet der kun var 83 patienter, der blev indskrevet. Fra de tilgængelige data er det ikke muligt at fastslå, om denne faldende tendens blev observeret lige meget på alle klinikker. Se også afsnittet om barrierer i behandlingen, afsnit 7.2.3.

Figur 5.3. Samlet antal indskrivninger af patienter i alle fem klinikker i perioden 2010-2023 (2-års interval)



Kilde: Beregninger baseret på data fra Sundhedsdatastyrelsens register over injicerbar heroin og metadon (IHM).

Bemærk: Indskrivningsåret (dvs. året for indskrivning) afgør, hvilket interval forløbet indgår i. Hver indskrivning i behandling med lægeordineret heroin beregnes som en observation. En person kan optræde flere gange, hvis vedkommende har flere indskrivninger. På grund af dette er de rapporterede totaler ikke nødvendigvis lig med summen på tværs af kategorier som civilstatus, bolig ved indskrivning og hovedindkomstkilde.

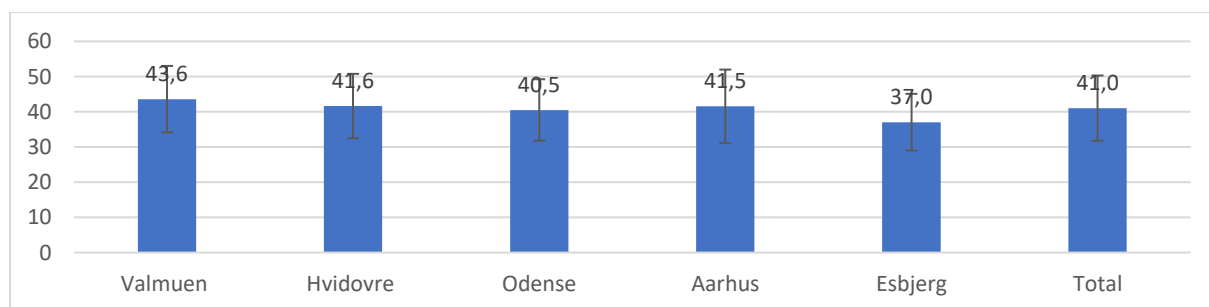
5.1.2 Patient-demografi

Alder

Gennemsnitsalderen for samtlige indskrivninger i behandling med lægeordineret heroin var 41,0 år. Der var variation på tværs af de fem klinikker, hvor Esbjerg havde en yngre gennemsnitsalder på 37,0 år, og Valmuen havde en ældre på 43,6 år (**Figur 5.4**). Den aktuelle population består af lidt ældre patienter i Valmuen og KABS Hvidovre med gennemsnitsalder på henholdsvis 45,5 og 43,8 år, og yngre patienter i Esbjerg med en gennemsnitsalder på 35,5 år.

Den gennemsnitlige alder for patienter er forblevet relativt stabil over tid, med en gennemsnitsalder på 41,9 år i 2010-2011 sammenlignet med 40,2 år i 2022-2023. I de seneste to år har der været en stigning i andelen af patienter over 40 år (45 %).

Figur 5.4. Gennemsnitsalder for alle indskrivninger i alle klinikker, 2010-2024.



Kilde: Beregninger baseret på data fra Sundhedsdatastyrelsens register over injicerbar heroin og metadon (IHM).

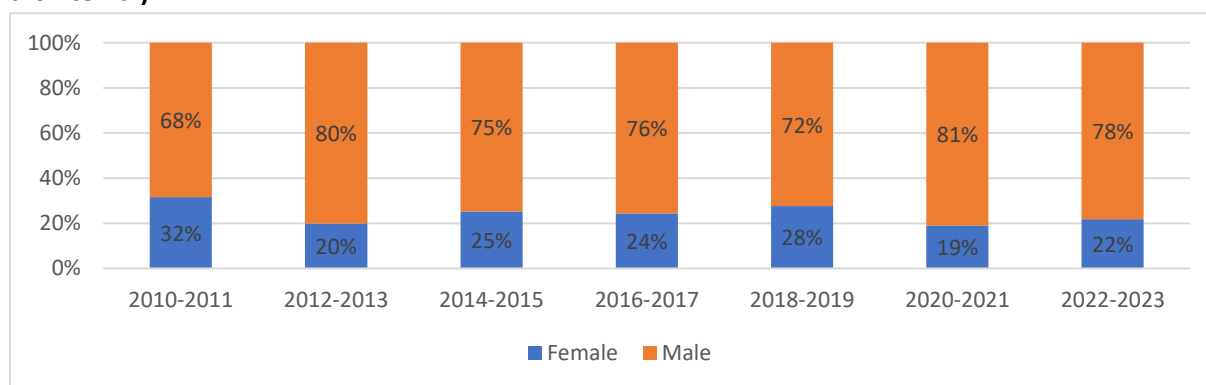
Køn

Størstedelen af alle patienter indskrevet i behandling er mænd (75 %), mens kvinder udgør 25 %. Fordelingen er gældende på tværs af klinikker, selvom Valmuen har den laveste andel af kvindelige patienter (21 %), og Odense den højeste (27 %).

Kønsfordelingen er den samme i den aktuelle patientpopulation, dog med en lidt højere andel af kvinder (27 %), hvilket spænder fra et minimum på 19 % i Valmuen til et maksimum på 30 % i Aarhus.

Kønsfordelingen har også været ensartet gennem årene. Interessant nok havde de første år af programmet (2010-2011) den højeste andel af kvindelige patienter (32 %) (**Figur 5.5**).

Figur 5.5. Kønsfordeling over tid for patienter i behandling med lægeordineret heroin, 2010-2023 (2-årsinterval)



Kilde: Beregninger baseret på data fra Sundhedsdatastyrelsens register over injicerbar heroin og metadon (IHM).

Civilstand

Størstedelen af alle patienter rapporterer at være enlige (77 %) mod 75 % af den aktuelle patientpopulation, mens 21 % bor sammen med en anden, og 3 % valgte ikke at oplyse deres status. Andelen af enlige er ensartet blandt alle klinikkerne og spænder fra 74 % i Esbjerg til 80 % i KABS Hvidovre og Aarhus.

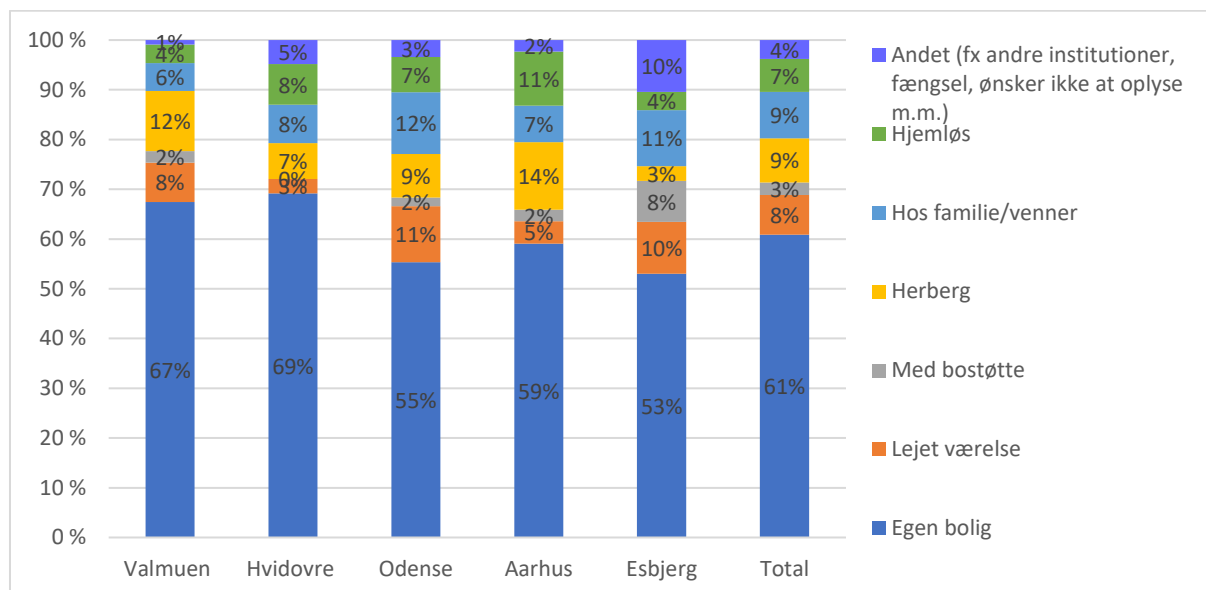
Boligforhold

På tidspunktet for indskrivning boede størstedelen af den samlede patientpopulation i egen bolig (61 %), mens færre boede i andre typer boliger såsom støttebolig, herberger eller hos familie og venner og nogle var uden bolig/boede på gaden (**Figur 5.6**). Boligsituationen ved indskrivning viser variation blandt klinikkerne. Blandt de forskellige klinikker havde patienter i KABS Hvidovre og Valmuen de højeste andele af selvstændige boliger, med over 65 %.

Den igangværende populations boligforhold ligner også i store træk den samlede populations.

Boligforhold ved indskrivning har dog ændret sig markant over tid. I 2010-2011 rapporterede 70 % af patienterne at bo i egen bolig på tidspunktet for indskrivning. I 2022-2023 var denne andel faldet til 41 %. Samtidig har der været en stigning i andelen af personer, der rapporterer at bo på herberger, fra 2 % til 19 %. Derudover har der siden 2020-2021 været en stigning i personer, der oplyser at være uden bolig på tidspunktet for indskrivning (fra 7 % til 10 %).

Figur 5.6. Boligforhold for alle patienter i behandling med lægeordineret heroin i perioden 2010-2024



Kilde: Beregninger baseret på data fra Sundhedsdatastyrelsens register over injicerbar heroin og metadon (IHM).

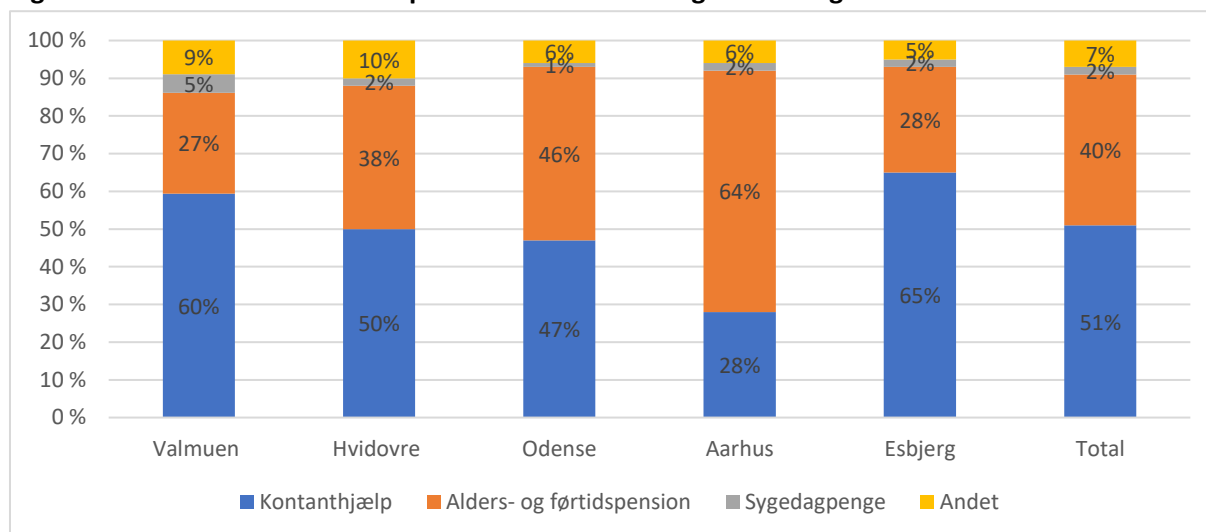
Indkomst

Hovedindkomst for patienter indskrevet i behandling med lægeordineret heroin er for størstedelens vedkommende kontanthjælp (51 %). En anden væsentlig del (40 %) modtager førtidspension/pension. En mindre del (2 %) er afhængige af sygedagpenge, og 7 % har andre indkomstkilder. Der er variationer i indtægtskilderne blandt de forskellige klinikker, hvor Aarhus og Esbjerg viser markante forskelle (**Figur 5.7**).

Lidt færre patienter i den aktuelle patientpopulation modtager kontanthjælp (47 %), mens en højere andel modtager førtidspension/pension (42 %) eller har andre indtægtskilder (10 %).

De vigtigste indkomstkilder har ligget relativt stabilt gennem årene, da patienterne primært modtager kontanthjælp, førtidspension/pension.

Figur 5.7. Indkomst for alle patienter i behandling med lægeordineret heroin 2010-2024



Kilde: Beregninger baseret på data fra Sundhedsdatastyrelsens register over injicerbar heroin og metadon (IHM).

Andet: Rubrikken 'Andet' i forbindelse med indkomst indeholder prostitution, arbejdsløshedsunderstøttelse, fra familie og venner, illegale aktiviteter, lønindkomst, løntilskud, revalideringsydelse, uddannelsesstøtte (SU), andet, samt 'ønsker ikke at oplyse'.

5.2 Behandlingshistorik

Dette afsnit giver et overblik over tidligere behandling for opioidafhængighed, herunder behandlingstype og længde af behandlinger pr. 28. august 2024.

De 686 patienter i behandling med lægeordineret heroin havde haft flere tidligere behandlingsforløb for opioidafhængighed. Før deres indskrivning i behandling med lægeordineret heroin havde patienterne haft 6.223 behandlingsforløb med forskellige typer af behandling for opioidafhængighed i perioden 2010 til 2024. De mest almindelige forløb var "anden behandlingstype", som inkluderer "Anden substitution med opioider", "stof-/medicinfri behandling", "heroin" og "Anden medicinsk behandling". Denne kategori udgør 42 % af alle forløb. Metadon har den næsthøjeste procentdel af behandlingsforløb (39 %), med niveauer, der spænder fra 27 % i Aarhus til 45 % i Valmuen. Buprenorfin blev brugt i 12 % af forløbene, varierende fra 8 % i Valmuen til 15 % i KABS Hvidovre.

Blandt alle behandlingerne var den gennemsnitlige tid i traditionel substitutionsbehandling på 3,2 år, med de korteste gennemsnitlige forløb i Odense (2,6 år) og længst i KABS Hvidovre (4,2 år). Substitutionsbehandling med metadon havde en gennemsnitlig behandlingstid på 3,4 år, med den højeste i Aarhus (4,8 år). Buprenorfin-behandlinger havde et gennemsnit på 2,7 år, med den længste i Esbjerg på 3,1 år. Andre behandlingstyper havde en gennemsnitstid på 3,2 år.

Medianen for behandlingstid i traditionel substitutionsbehandling var generelt kortere (1,1 år), med metadon på 1,3 år, buprenorfin på 1 år og anden slags behandling 0,9 år.

Af den samlede population på 686 har 614 personer været i langvarigt behandlingsforløb med peroral metadon med mere end 6 måneders varighed (90 %). Af de 6.223 behandlingsforløb var 1.687 forløb

langvarige behandlingsforløb med peroral metadonbehandling med mere end 6 måneders varighed (27 %).

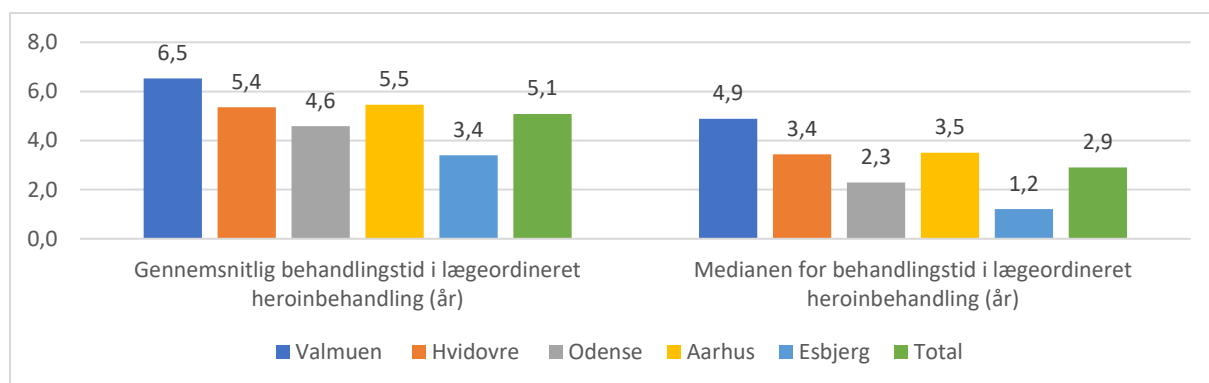
Tendenserne i den aktuelle undersøgelsesperiode ligner den samlede periode (2010-2024), idet størstedelen af patienterne tidligere har modtaget "anden behandlingstype". En forskel viser sig i, at det gennemsnitlige antal gange i traditionel substitutionsbehandling i den aktuelle patientpopulation er højere (3,8 år), med den laveste på 3,2 år i Odense og højeste i KABS Hvidovre på 4,9 år.

5.3 Fastholdelse i behandling med lægeordineret heroin

Dette afsnit giver et overblik over graden af fastholdelse i behandling i den samlede patientpopulation fra 2010 til 2024 pr. 19. september 2024. I gennemsnit var patienter indskrevet i behandling med lægeordineret heroin i cirka 5,1 år, med variationer i varighed på tværs af klinikkerne (**Figur 5.8**). Valmuen havde den højeste gennemsnitlige fastholdelse på 6,5 år, mens Esbjerg havde den laveste med 3,4 år. Medianen for fastholdelse var 2,9 år og varierede fra 4,9 år i Valmuen til 1,2 år i Esbjerg, hvilket indikerer, at nogle få patienter bidrog med lange forløb i behandling med lægeordineret heroin, som resulterede i højere gennemsnit end median.

I denne beregning deltog i alt 691 unikke personer i behandling med lægeordineret heroin, som tegnede sig for 1020 forløb, med et gennemsnit på 1,5 forløb pr. person på tværs af byerne, bortset fra Valmuen og Aarhus, hvor det med 1,3 forløb pr. person var en smule mindre.

Figur 5.8. Behandlingsvarighed i gennemsnit og median for den samlede population i hver klinik, 2010-2024

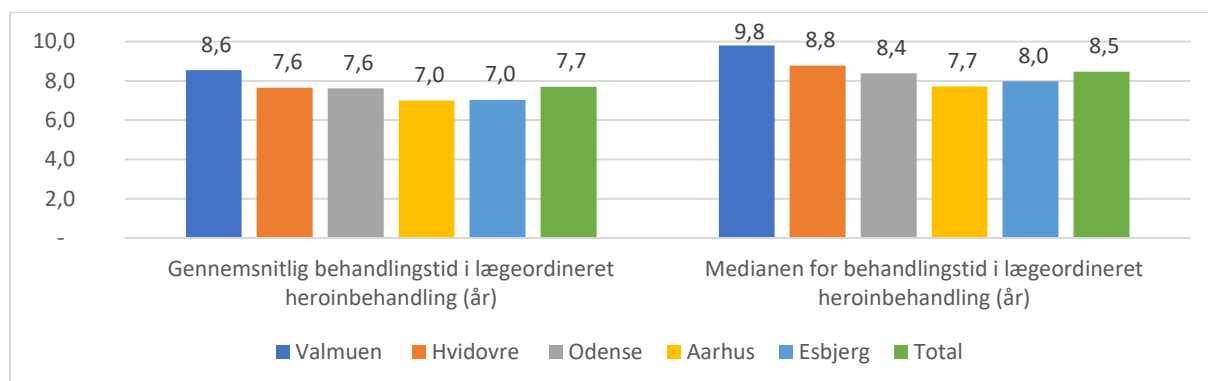


Kilde: Grafik baseret på data fra Sundhedsdatastyrelsens register over injicerbar heroin og metadon (IHM), det Centrale Personregister (CPR) og Register over stofmisbrugere i behandling (SIB).

For patientpopulationen aktuelt indskrevet i behandling med lægeordineret heroin inkluderer oplysningerne kun forløb med lægeordineret heroin, som har en manglende afslutningsdato, idet det antages, at disse behandlinger stadig er aktive pr. 19. september 2024. Det er værd at bemærke at registerdata indikerer, at en del patienter har afsluttet behandling med lægeordineret heroin, men hvor behandlingen ikke er registreret afsluttet i IHM-registeret. Dette vil bidrage til at trække den gennemsnitlige varighed af behandlingen kunstigt op.

I gennemsnit har forløbene en varighed på cirka 7,7 år, og også i dette tilfælde medforskelles blandt klinikkerne (**Figur 5.9**). Valmuen rapporterer den længste gennemsnitlige behandlingslængde på cirka 8,6 år, mens Aarhus og Esbjerg har den korteste på 7,0 år. Den mediane behandlingslængde på tværs af alle klinikkerne er 8,5 år. I denne beregning indgår i alt 326 unikke personer i behandling med lægeordineret heroin, med et gennemsnit på 1,2 forløb pr. person på tværs af alle fem klinikker, med undtagelse af 1,1 i Valmuen.

Figur 5.9. Gennemsnitlig og median behandlingsvarighed for hver klinik for population med aktuel behandling, 29. september 2024



Kilde: Grafik baseret på data fra Sundhedsdatastyrelsens register over injicerbar heroin og metadon (IHM), Det Centrale Personregister (CPR) og Register over stofmisbrugere i behandling (SIB).

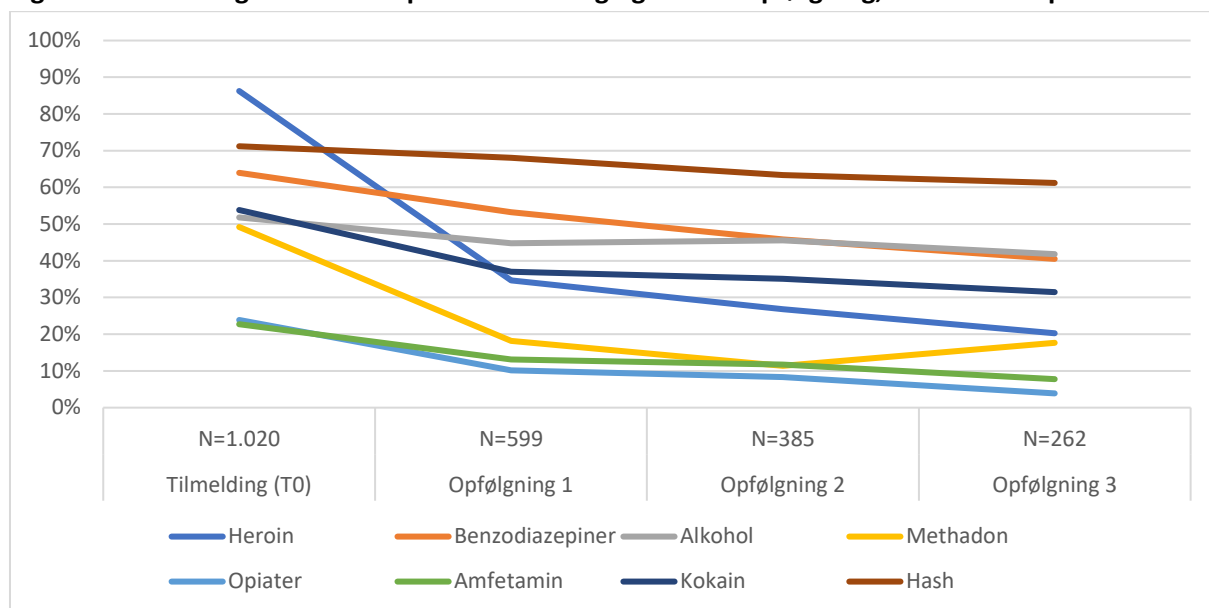
5.4 Patientrapporterede resultater

5.4.1 Selvrapporteret stofbrug

Blandt alle indskrivninger i behandling med lægeordineret heroin var de mest almindeligt rapporterede stoffer ved indskrivning, der havde været brugt i den foregående måned, heroin (86,3 %), hash (71,2 %), benzodiazepiner (64 %) og kokain (53,8 %).

Figur 5.10 illustrerer brugen af nogle af de mest rapporterede stoffer ved indskrivning i behandling samt ved opfølgningerne. Der ses et fald over tid på tværs af alle rapporterede stoffer. Den mest markante reduktion viser sig ved 3. opfølgning i illegal heroinbrug (- 66 %), efterfulgt af illegal metadon (- 31,5 %) og benzodiazepiner (- 23,4 %).

Figur 5.10. Stofbrug i måneden op til indskrivning og til hver opfølgning, 2010 – 19. september 2024



Kilde: Beregninger baseret på data fra Sundhedsdatastyrelsens register over injicerbar heroin og metadon (IHM) og Det Centrale Personregister (CPR)

Bemærk: Gennemsnitlig periode mellem indskrivning (T0) til T1 er 307 dage, fra T1 til T2 230 dage og fra T2 til T3 252 dage.

5.4.2 Selvrappporteret injektion og deling af injektionsudstyr

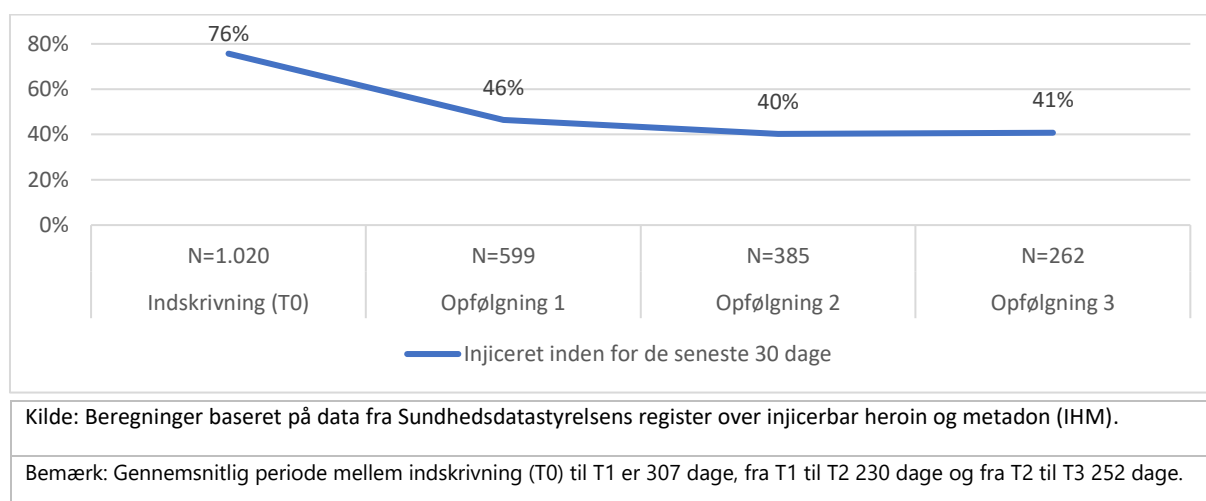
Blandt alle indskrivninger rapporterede 75,7 % af patienterne (n=772) at have injiceret stoffer de seneste 30 dage op til indskrivning. Der er en vis variation på tværs af klinikkerne, med den laveste andel i KABS Hvidovre (69,1 %) og den højeste i Esbjerg (83,6 %).

Figur 5.11 illustrerer tendensen over tid for de personer, der færdiggjorde de opfølgende spørgeskemaer. Her ses et fald i injektion til 46 % ved den første opfølgning, cirka et år efter indskrivning. Denne procentdel forbliver stabil ved de efterfølgende opfølgninger.

Hvad angår deling af injektionsudstyr inden for de seneste 30 dage, rapporterede hovedparten af patienterne ved indskrivning (78,2 %, n=798), at de ikke var involveret i denne adfærd. Mens oplysningerne mangler for nogle patienter, rapporterede 5,1 % at dele injektionsudstyr, med procentdele lidt over gennemsnittet i KABS Hvidovre (9,2 %) og Esbjerg (8,2 %).

I den aktuelle population er procentdelen af patienter, der rapporterer nyligt injektionsstofbrug ved indskrivning, lidt lavere, nemlig 70,9 %. Der ses igen en vis variation på tværs af klinikker, med det laveste niveau i Valmuen (63,1 %) og det højeste i Esbjerg (80,8 %). Procentdelen af patienter i den aktuelle population, der deler injektionsudstyr, ligger på linje med den samlede population (5,3 %).

Figur 5.11. Injektionsbrug af stoffer ved indskrivning og opfølgninger, 2010 – 19. september 2024



5.4.3 Selvrapporteret livskvalitet relateret til sundhed

Tabel 5.1 præsenterer de gennemsnitlige SF-36-scorer ved indskrivning, som er et mål for sundhedsrelateret livskvalitet (41). Tabellen viser også udviklingen af scores over tid på de forskellige tidspunkter for opfølgning.

Ved indskrivning blev de laveste scores observeret i områderne "Energi", efterfulgt af "Psyisk velbefindende" og "Alment helbred". Samlet set forbliver de forskellige scores relativt stabile over tid uden væsentlige ændringer. De mest markante ændringer, selvom de er små, inkluderer en lille forbedring på 0,07 i "Psyisk velbefindende" og "Social funktion", samt et fald på 0,04 i "Fysisk funktion" og 0,03 i "Alment helbred".

Tabel 5.1. Gennemsnitlige SF-36-scorer ved indskrivning og opfølgninger, 2010-2024

	Baseline (T0)	T1	T2	T3
	N=1.020	N=599	N=385	N=262
Fysisk funktion (PF)	0.82	0.81	0.80	0.78
Begrænsninger – fysisk betinget (RP)	0.62	0.61	0.65	0.61
Begrænsninger – psykisk betinget (RE)	0.57	0.57	0.58	0.55
Energi (VT)	0.38	0.40	0.42	0.40
Psykisk velbefindende (MH)	0.53	0.58	0.58	0.60
Social funktion (SF)	0.58	0.64	0.64	0.66
Fysisk smerte (BP)	0.61	0.61	0.63	0.63
Alment helbred (GH)	0.54	0.54	0.51	0.51

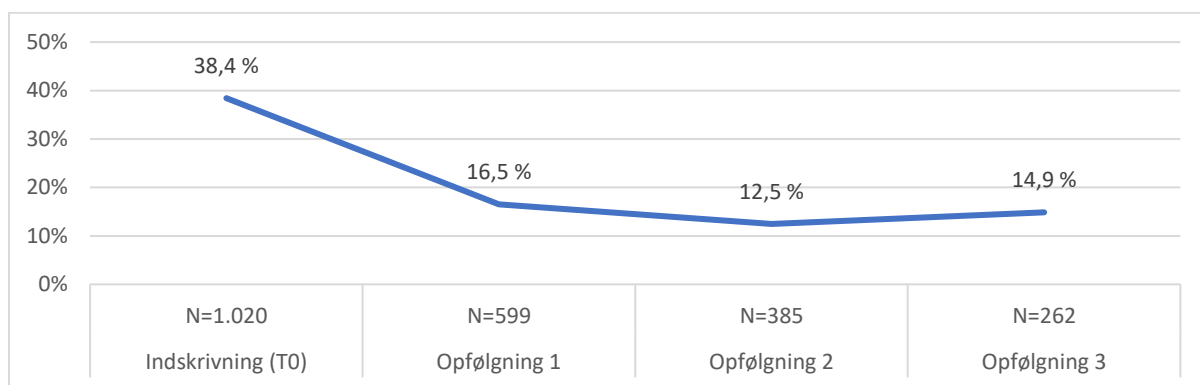
Kilde: Sundhedsdatastyrelsens register over injicerbar heroin og metadon (IHM) og det Centrale Personregister (CPR) pr. 19. september 2024.

Bemærk: 1) Da en person kan have mere end et behandlingsforløb opgøres måling ved indskrivning og efterfølgende opfølgninger for hvert unikke forløb. Det betyder, at den samme person kan være inkluderet i Tabel 5.1 med mere end én indskrivning og med mere end én T1-, T2- og T3-måling. 2) "N" for hver af opfølgningsgrupperne angiver antallet af unikke forløb. 3) Gennemsnitlig varighed af opfølgningstid fra indskrivning (T0) til T1 er 307 dage, fra T1 til T2 er 230 dage, og fra T2 til T3 er 252 dage.

5.4.4 Selvrapporteret kriminalitet

Ved indskrivningen rapporterede 38,4 % (n=392) af den samlede population (alle indskrivninger) at have deltaget i ulovlige aktiviteter mindst én gang i løbet af de seneste 30 dage for at skaffe penge. Blandt dem, der rapporterede ulovlige aktiviteter, var det gennemsnitlige antal dage 16,3 dage ud af 30 dage. Ved opfølgninger faldt andelen til det halve, mens det gennemsnitlige antal dage med ulovlige aktiviteter forblev relativt ens blandt dem som fortsat var aktive: 14,2 dage ved første opfølgning, 14,1 dage ved anden opfølgning og 13,3 dage ved tredje opfølgning.

Figur 5.12. Selvrapporteret kriminalitet ved indskrivning og opfølgninger, 2010 – 19. september 2024



Kilde: Beregninger baseret på data fra Sundhedsdatastyrelsens register over injicerbar heroin og metadon (IHM).

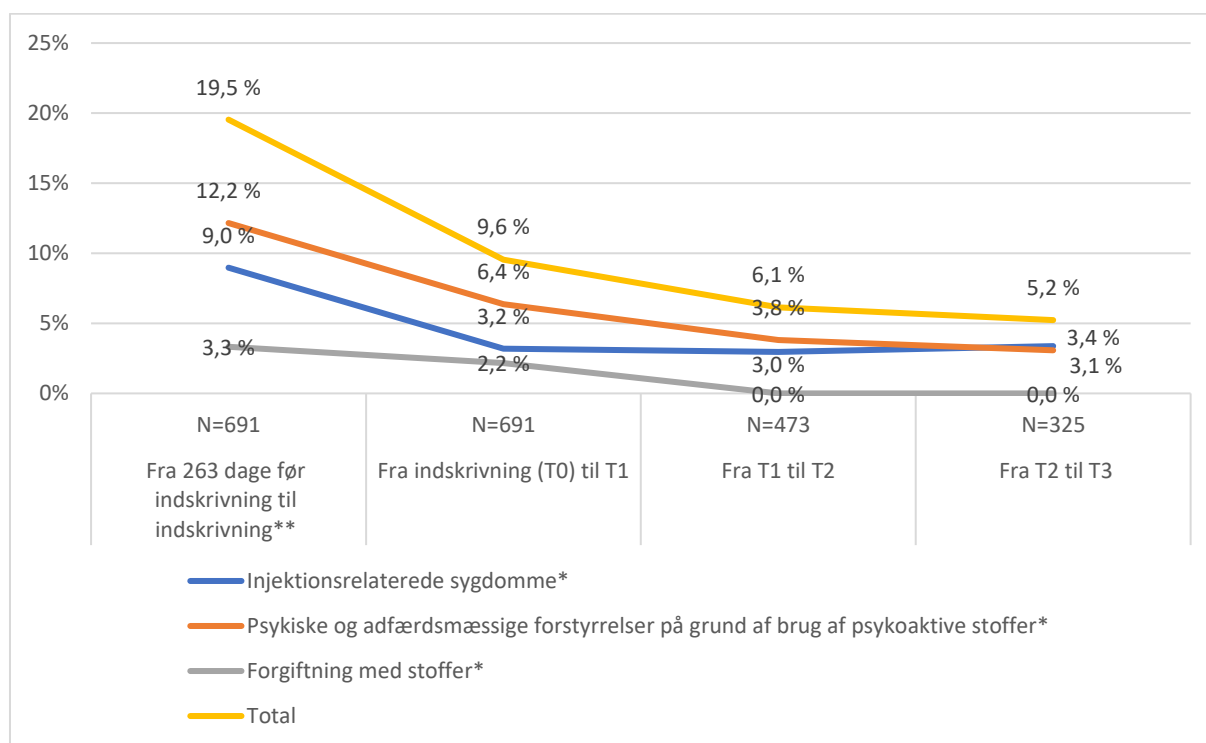
Bemærk: 1) Gennemsnitlig varighed af opfølgningstid fra indskrivning (T0) til T1 er 307 dage, fra T1 til T2 er 230 dage, og fra T2 til T3 er 252 dage. 2) Kriminalitet er defineret som antal hændelser, hvor der er angivet en eller flere dage med ulovlig aktivitet inden for de seneste 30 dage for at skaffe penge.

5.5 Morbiditet og mortalitet

5.5.1 Morbiditet

I årene forud for indskrivning i behandling med lægeordineret heroin havde 20 % af patienterne en hospitalskontakt, som var relateret til deres stofbrug (dvs. injektionsrelaterede sygdomme, psykiske og adfærdsmæssige forstyrrelser pga. psykoaktivt stofbrug, forgiftning af stoffer) (**Fig 5.13**). I løbet af det første år af behandlingen faldt andelen til 10 % (n=66). I opfølgningerne fortsatte dette fald, først til 6 % og derefter til 5 %. Indlæggelser på grund af forgiftninger (overdoser) blev registreret for 3 % af gruppen i året før indskrivning og faldt til 2 % i året efter indskrivning, hvilket resulterede i færre end 5 personer.

Figur 5.13. Patienter med udvalgte* hospitalskontakter i tiden op til indskrivning og i tiden mellem opfølgninger, pr. 19. september 2024



Kilde: Grafik baseret på data fra Sundhedsdatastyrelsens register over injicerbar heroin og metadon (IHM), Det Centrale Personregister (CPR) pr. 19. september og Landspatientregistret (LPR) pr. 10. juni 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

Bemærk: * Se den komplette liste over udvalgte ICD-10-klassifikationer i Appendiks 3.

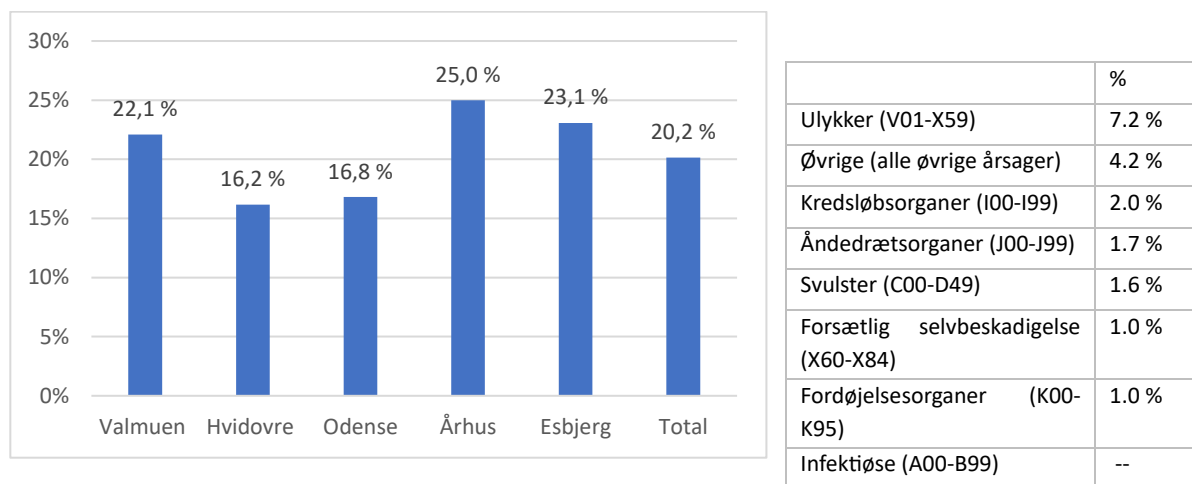
**263 dage før indskrivning er fremkommet som et gennemsnit af tidsperioderne mellem opfølgningerne (indskrivning, T1, T2 and T3). "N" for hver af opfølgningsgrupperne betegner antallet af unikke personer.

5.5.2 Mortalitet

Data i **Figur 5.14** illustrerer mortalitet ved hver klinik blandt unikke patienter, der havde mindst ét forløb i behandling med lægeordineret heroin. Den samlede mortalitetsrate var på 19,4 %. Klinikken med den laveste mortalitetsrate er KABS Hvidovre med 15,7 %, mens Esbjerg har den højeste med en mortalitetsrate på 22,8 %. Årsager til dødsfald er nærmere angivet i tabellen i sammenhæng med **Figur**

5.14. Ulykker optræder som den førende årsag, efterfulgt af andre uspecificerede årsager. Opdelt i klinikker viser det sig, at ulykker forårsagede 10,4 % af dødsfald i Valmuen, 4,6 % i KABS Hvidovre, 5,0 % i Odense, 8,3 % i Aarhus og 9,9 % i Esbjerg.

Figur 5.14. Mortalitet og dødsårsager blandt alle patienter med mindst et forløb i behandling med lægeordineret heroin fra 2010 til 19. september 2024.

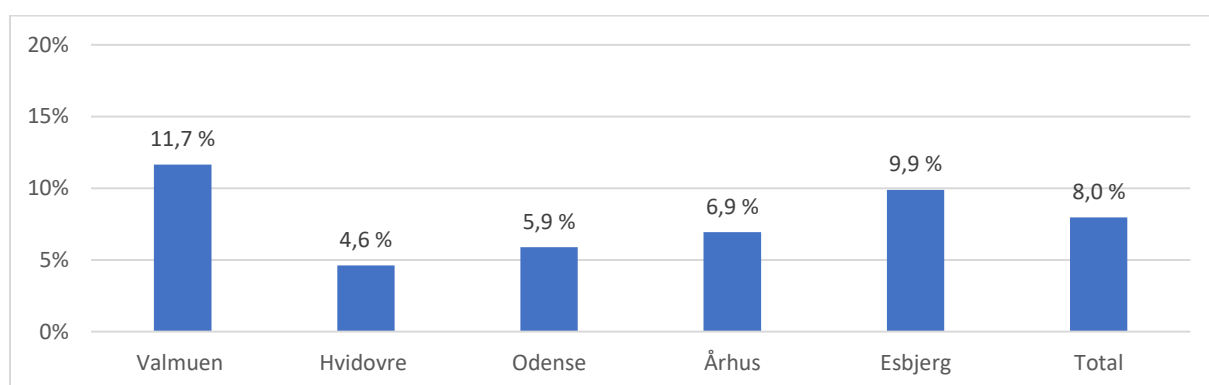


Bemærk: Dødsårsagsregisteret er opdateret i løbet af 2022.

Kilde: Grafik baseret på data fra Sundhedsdatastyrelsens register over injicerbar heroin og metadon (IHM), Det Centrale Personregister (CPR) pr. 19. september 2024 og Dødsårsagsregisteret (DAR) pr. 14. november 2024.

Ud af det samlede antal dødsfald er 7,7 % klassificeret som dødsfald på grund af overdosis, opgjort jf. EUDA's definition (42). **Figur 5.15** viser det samlede antal dødsfald for hver klinik.

Figur 5.15. Overdosisdødsfald (jf. EUDA's definition) blandt alle patienter med mindst et forløb i behandling med lægeordineret heroin, registreret fra 2010 til 2023.



Bemærk: Definitionen på et overdosisdødsfald følger den gældende definition fra EUDA

https://www.euda.europa.eu/data/stats2021/methods/drd_en

Dødsårsagsregisteret er opdateret i løbet af 2022.

Kilde: Grafik baseret på data fra Sundhedsdatastyrelsens register over injicerbar heroin og metadon (IHM), Det Centrale Personregister (CPR) pr. 19. september 2024 og Dødsårsagsregisteret (DAR) pr. 14. november 2024, Sundhedsdatastyrelsen.

I undersøgelsen af dødelighed blandt patienter med mindst 1 forløb i behandling med lægeordineret heroin (dvs. forløb med manglende afslutningsdatoer, idet det antages, at forløbet stadig er aktiv på dødstidspunktet) viser det sig, at samlet set døde 12,9 % af patienterne, mens de var i behandling. Den

højeste procentdel forekom i Aarhus på 16,7 %, efterfulgt af Valmuen på 13,3 %. Hvad angår dødsfald på grund af overdosis, blev samlet set 8,9 % af patienternes dødsfald under behandling tilskrevet overdosisdødsfald, med Aarhus med den højeste rate på 14,6 %.

5.6 Resumé

Hovedresultater og fortolkning

I lighed med internationale indsatser med behandling med lægeordineret heroin falder antallet af indskrevne patienter i Danmark med tiden. Årsagerne hertil kan have forbindelse med flere forskellige faktorer såsom udviklingen og brugen af anden medicin til substitutionsbehandling, herunder opioidbaserede medikamenter, fald i heroinbrug i befolkningen, især ved injektion, og en aldrende gruppe af heroinbrugere. Den faldende tendens i antallet af indskrevne patienter blev observeret for alle de fem heroinklinikker.

Hvad angår boligforhold, rapporterede ny indskrevne patienter i stigende grad, at de bor på herberger eller er hjemløse, når de sammenlignes med dem, der blev indskrevet i 2010/2011. En uddybning af, hvorfor der er sket denne ændring i boligstatus, som sandsynligvis skyldes flere faktorer, ligger uden for rammen af denne rapport. Stabile boligforhold er tidligere påvist at have betydning for fastholdelse i behandlingen og er derfor af væsentlig betydning for denne patientgruppe.

De 686 patienter i behandling med lægeordineret heroin havde haft flere tidligere behandlingsforløb for opioidafhængighed. Før deres indskrivning i behandling med lægeordineret heroin havde patienterne haft 6.223 behandlingsforløb med forskellige typer af behandling for opioidafhængighed i perioden 2010 til 2024.

Som i indsatser med behandling med lægeordineret heroin i andre lande ser de danske patienter i heroinbehandling ud til at blive fastholdt i behandlingen, med en gennemsnitlig tid på 5,1 år i behandling for dem, der afslutter behandling. Dette er længere end det gennemsnitlige behandlingsforløb med andre typer substitutionsmedicin, hvor gennemsnittet var 3,2 år for den samme gruppe. Dette indikerer, at behandlingen med lægeordineret heroin sandsynligvis har nået sin målgruppe. Den nuværende gruppe af indskrevne patienter har et længere gennemsnitlig behandlingsforløb, hvilket antyder, at der siden etableringen har været en kernegruppe af patienter, der har opretholdt længere behandlingsforløb. En fastholdelse i behandlingen over en længere periode kan anses som værende positivt, da det indikerer, at patienterne har gavn af behandlingen og opnået en vis form for stabilitet. Ofte anses fastholdelsen i behandlingen for patienter med opioidafhængighed som værende én af indikatorerne for kvaliteten i behandlingen.

Stofbrug og kriminalitet ser ud til at falde, mens patienterne er i behandling. Patienter rapporterer høje rater af stofbrug ved indskrivning, men med en faldende tendens set for alle stoffer over tid i løbet af behandlingen – og mest tydeligt for heroin. De fleste patienter rapporterede om injektion ved indskrivning, men adfærden ses reduceret over tid i behandling. Ved indskrivning rapporterede over en tredjedel af patienterne at have foretaget en ulovlig aktivitet i den forløbne måned for at skaffe penge. Ved opfølgning faldt andelen til det halve. Det ser ud til, at de undersøgte aspekter (kriminalitet, stofbrug og injicerbart stofbrug), når de følges over tid, reduceres, men derefter stabiliseres de, hvilket muligvis er et tegn på, at der er en mindre procentdel af patienter i

behandling med lægeordineret heroin, for hvem forandring er mere udfordrende. Dette kan muligvis også være associeret med et aktivt stofbrug under behandlingen.

Overordnet rapporterer patienter i behandling med lægeordineret heroin om en lav sundhedsrelateret livskvalitet, når de starter behandling, og der blev ikke observeret nogen bemærkelsesværdige ændringer eller forbedringer over tid. Dette kan indikere, at udlevering af lægeordineret heroin ikke i sig selv ændrer livskvaliteten på væsentlige måder, så der er brug for, at behandling med lægeordineret heroin bliver en kombineret indsats med både tilbud om lægeordineret heroin samt yderligere sundhedsfaglig og psykosocial støtte, herunder stabile boligforhold. Imidlertid kan en anden fortolkning være, at SF-36-værktøjet er en standardiseret og generisk måling, der muligvis ikke fuldt ud fanger ændringen i sundhedsrelateret livskvalitet, da den måler patientens egen opfattelse og fortolkning af kvalitetsændringer i løbet af behandlingen (understøttet af kvalitative data). Patientens egen opfattelse påvirkes også af, at forventninger til, hvad livet skal indeholde, øges, når de er stabile i behandlingen.

Blandt patienter i behandling med lægeordineret heroin synes der at være en faldende tendens i hospitalsindlæggelser relateret til deres stofbrug. Dette kan indikere, at patienterne opnår en reduktion i deres akutte behov gennem de omfattende indsatser, der tilbydes under behandlingen, hvilket kan sikre at helbredsproblemer bliver behandlet, før de udvikler sig. Der er en relativt høj dødelighed blandt patienter i behandling med lægeordineret heroin, hvor 1/3- 1/2 af dødsfaldene var overdosisdødsfald. Dette understreger betydningen af sikkerheden i behandlingen med lægeordineret heroin samt af et kontinuerligt fokus på forebyggelse af overdoser.

6. Relevans af nuværende retningslinjer for behandling

Rammerne for behandling med heroin er fastsat af Sundhedsstyrelsen i bekendtgørelsen om ordination af diacetylmorfin (heroin) som led i lægelig behandling af personer for stofmisbrug (BEK nr 125 af 18/02/2009) (43). Samtidig udgav Sundhedsstyrelsen vejledning om ordination af injicerbar diacetylmorfin (heroin) ved opioidafhængighed (VEJ nr 9240 af 11/05/2009) (44), som blev revideret i 2010 og 2013. I den gældende vejledning fra 2013, som består af 14 afsnit, alle med underafsnit, fastlægger Sundhedsstyrelsen retningslinjer for ordination af og behandling med heroin (VEJ nr 9507 af 17/09/2013) (22).

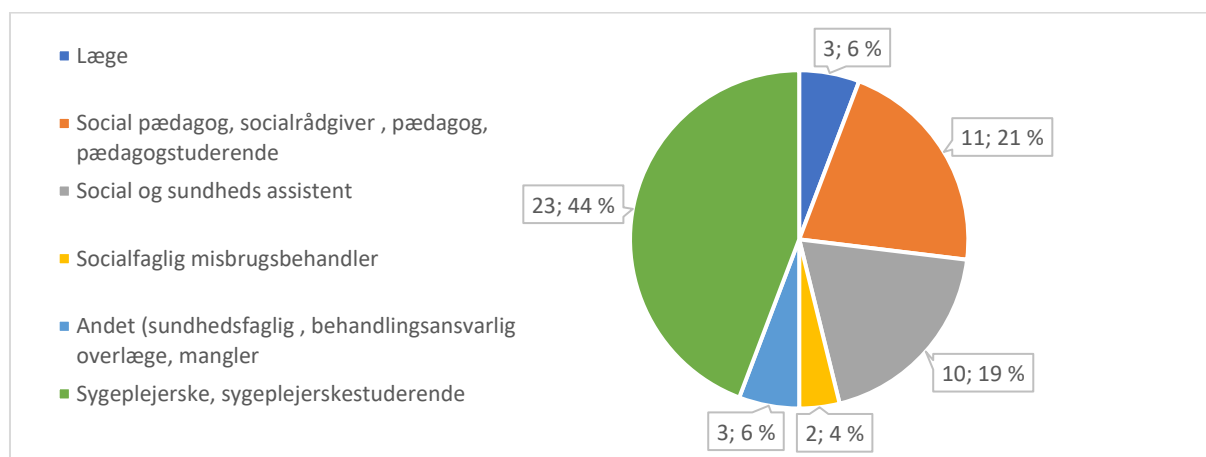
Et klinisk kompendium blev introduceret i 2014 og 2017 og udgør en grundlæggende introduktion til den medicinske del af den sundhedsfaglige heroinbehandling (Caspersen & Birkemose, 2017). Kompendiet indeholder en redegørelse for behandlingsprincipperne og lægger til grund for de nationale grundkurser i sundhedsfaglig heroinbehandling. Kompendiet er adskilt fra Sundhedsstyrelsens vejledninger og bliver ikke vurderet formelt i denne evaluering.

Oplysningerne i dette afsnit er udelukkende baseret på spørgeskemaer til personalet vedrørende deres holdninger til de nuværende retningslinjer for behandling. Det ligger uden for sigtet for denne rapport at opdatere nuværende behandlingsretningslinjer. Dog giver rapporten en sammenfatning af personalets bedømmelser samt kommentarer til den nuværende vejledning.

6.1 Respondenter

Alt personale blev inviteret til at besvare spørgsmål om de nuværende kliniske retningslinjer. Der var i alt 52 medarbejdere fra alle fem klinikker, der svarede. **Figur 6.1** viser variationen blandt respondenterne, hvor sygeplejersker udgør den største andel. Varigheden af deres ansættelse på klinikkerne varierede; med 33 % der havde arbejdet på deres klinik i 1 år; 31 % mellem 2 og 5 år; 35 % fra 5 til 10 år, og; 10 % i over 10 år.

Figur 6.1. Personalets professioner



6.2 Personalets bedømmelser af kliniske retningslinjer

Af de 52 respondenter, mente 61 %, at retningslinjerne er opdaterede. Næsten alle (83 %) rapporterede, at deres klinik følger retningslinjerne i deres nuværende form. Personalet blev bedt om at bedømme nytteværdien af retningslinjerne på en Likert-skala fra 1-5 (hvor 1=ikke nyttig/værst og 5=nyttig/bedst).

Figur 6.2 nedenfor viser de gennemsnitlige scorer for hvert afsnit i retningslinjerne. De højest bedømte afsnit (dvs. dem, der er mest opdaterede og nyttige) vedrører primært sikkerhedsforanstaltninger, og det lavest bedømte afsnit vedrører behandlingsindikation og inklusionskriterier.

Figur 6.2. Personalets bedømmelser af kliniske retningslinjer som værende nyttige og opdaterede

	Synes du generelt, at denne vejledning er opdateret? - Ja (%)	Hvordan vurderer du samlet set brugbarheden af denne vejledning? - Middelscore 1-5
1 Indledning	Ikke gældende	Ikke gældende
2 Lovgrundlaget for substitutionsbehandling ved opioidafhængighed samt de særlige krav til organisation og sundhedsfaglig kompetence ved behandling med DAM		
2.1 Kommunernes ansvar for den samlede substitutionsbehandling	Ikke gældende	Ikke gældende
2.2 Den lægelige behandling	67 %	3.7
2.3 Godkendelse af læger med ret til at ordinere DAM som led i substitutionsbehandling for opioidafhængighed	87 %	4
2.4 Krav til lægens medhjælp i forbindelse med behandling med DAM	83 %	3.9
2.5 Krav til patientgrundlag	65 %	3.7
2.6 Krav til sundhedsfagligt beredskab	69 %	3.6
3 Kriterier for iværksættelse af behandling med DAM ved opioidafhængighed		
3.1 Indikation	63 %	3.4
3.2 Inklusionskriterier	67 %	3.6
3.3 Henvisning til behandling med DAM	60 %	3.6
4 Ophør med eller pause i behandling med injicerbar DAM		
4.1 Ophør med behandlingen	88 %	4.1
4.2 Pauser i behandlingen	88 %	4.2
5 Udredning og undersøgelse under behandling med injicerbar DAM	92 %	4.2
6 Indberetning til Statens Serum Institut for injicerbar og peroral heroin samt injicerbar metadon	81 %	3.6
7 Klinisk farmakologi		
7.1 Diacetylmorphins virkning og omsætning	88 %	4.1
7.2 Hjerterytmeforstyrrelser	77 %	4.1
8 Doseringsvejledning for behandling med DAM		
8.1 Omstilling fra peroral metadon til DAM	85 %	4.2
8.2 Omstillingen fra behandling med peroral metadon/depotmorfin til kombineret behandling med DAM og peroral metadon/depotmorfin	81 %	4.1
8.3 Omstilling fra injicerbar metadon til injicerbar DAM	85 %	4.1
8.4.1 Vedligeholdelsesdosis for DAM	73 %	4.1
8.4.2 Fleksibel dosering	77 %	4
9 Udeblivelser/mistede doser	79 %	4.0
10 Superviseret administration af DAM		
10.1 Superviseret injektion	77 %	4
10.2 Superviseret tabletbehandling	81 %	4.1
11 Systematisk observation før og efter medicinindtagelse	87 %	3.9
12 Medicinhåndtering		
12.1 Præparation og dispensering af injicerbar DAM	92 %	4.2
12.2 Registrering og regnskab	94 %	4.3
12.3 Kvalitetssikring og tilsyn	Ikke gældende	Ikke gældende
13 Kørekort	92 %	4.3
14 Sundhedsstyrelsens evaluering af injektionsbehandlingen	75 %	3.9
15 Ikrafttræden	Ikke gældende	Ikke gældende

DAM: diacetylmorfin

6.3 Personalets kommentarer og indtryk

Udover at vurdere retningslinjerne m.h.t. aktualitet og anvendelighed havde personalet også mulighed for at give kommentarer i 'fritekst'. Disse kommentarer/indtryk er ikke repræsentative for alt personalet, men giver et sammendrag af de svar, der er modtaget. Alle kommentarer og indtryk i denne sektion stammer fra personalet og repræsenterer nødvendigvis ikke evaluatorernes synspunkter. Kommentarerne er organiseret omkring ni hovedområder: sociale ydelser og kommunens rolle, leveringssteder, læger og personale, henvisningsproces, udvælgelseskriterier, medicin, administrationsmetoder, omregningstabeller og observationstid samt rapportering og evaluering.

Kommentar 1: Sociale ydelser og kommunens rolle

- Personalet rapporterer om udfordringer med koordinering og integration mellem sundhedsfaglig og social behandling. Sundhedsfaglig behandling overskygger ofte de sociale støtteydelser og ses som behandlingsprioritet. Som følge heraf kan patienter være modvillige over for samtaler med socialfagligt personale.
- Mangel på ressourcer, især socialfagligt personale, har medført operationelle udfordringer og resulteret i, at social indsats er blevet nedprioriteret (f.eks. at socialfagligt personale ikke er til stede på klinikkerne, lang ventetid på behandlingsplaner, manglende opfølgning osv.).
- Personalet rapporterer at samarbejdet kompliceres af bureaukratiske og logistiske hindringer som f.eks. afhængighed af almenpraktiserende lægers involvering i den sociale del.
- Nogle medarbejdere har kommenteret, at den opdelte tilgang, hvor forskellige instanser arbejder isoleret, fører til utilstrækkelig kommunikation og koordinering, og andre instansers medarbejdere/potentielle patienter er ofte uvidende om behandlingsmulighederne og om, hvordan de kan blive henvist.
- Personalet rapporterer et behov for forbedret koordinering og integration af sundhedsfaglig og social behandling af stofafhængighed i kommunerne. I øjeblikket skal socialfagligt personale involvere flere instanser – støttepersoner, økonomiske rådgivere, boligrådgivere – hvilket kræver, at patienterne skal stole på og samarbejde med flere forskellige myndigheder.
- Det blev rapporteret, at nogle kommuner ikke prioriterer social behandling, yder den inkonsekvent eller nægter at finansiere den – på trods af dens påviste betydning for at opnå positive resultater. Som følge heraf påtager klinikkerne sig ofte nogle af disse opgaver, men tids- og ressourcemangel forstærker yderligere problemet, hvilket hæmmer sociale indsatser i at blive udført.
- Personalet kommenterer, at geografiske og politiske forskelle fører til ulige muligheder for patienterne, afhængig af kommunens tilgang m.h.t. at integrere social og sundhedsfaglig behandling.

Kommentar 2: Udleveringslokationer

- Personalet rapporterer, at patienter, der bliver hospitalsindlagt, bør fortsætte deres DAM-behandling, hvis hospitalspersonalet er uddannet i substitutionsbehandling. Mange patienter er modvillige overfor at acceptere hospitalsbehandling, hvis det forstyrrer deres DAM-behandling.
- Personalet rapporterer, at alle indsatte i fængsler bør have adgang til deres planlagte substitutionsbehandling, og DAM kunne også potentielt tages med i den betragtning.
- Nogle medarbejdere angiver, hvordan kommunerne bør være udstyret til at tilbyde omfattende behandling af stofafhængighed, herunder behandling med lægeordineret heroin. Kvaliteten af behandlingen bør ikke være betinget af patienttallet, og uanset deres størrelse bør klinikkerne fokusere på at imødekomme individuelle behandlingsbehov.
- Personalet rapporterer, at udvidelse af tilgængeligheden af DAM-tabletter og introduktion af mobile klinikker eller opsøgende tjenester (fleksibel logistik, f.eks. en DAM-bus) kunne forbedre adgangen til behandling for patienterne i afsidesliggende områder. Disse tjenester bør fungere under de samme retningslinjer som etablerede heroinklinikker.
- Derudover kommenterede nogle fra personalet, at behandling med DAM-tabletter bør udvides til andre klinikker med substitutionsbehandling, der kan håndtere morfinpræparater under kontrollerede forhold.

Kommentar 3: Læger og personale

- Kommentarer viser bekymringer om lægers tilgængelighed og rolle i klinikker med behandling med lægeordineret heroin. Læger er ofte ikke tilgængelige i weekenden, og når de er på vagt, er de ikke altid til stede i klinikken. Personalet ønsker, at de er til stede gennem hele behandlingsprocessen og tilgængelige i alle klinikkens åbningstider. Kommentarerne understreger behovet for læger med specifik erfaring i heroinbehandling og påpeger en mangel på sådanne kvalificerede fagfolk.
- Kommentarer viser også bekymringer om bemanning og personalets træning. Personalets antal, som ofte bestemmes af patientindskrivningerne, kan være utilstrækkeligt i forhold til det nødvendige minimum, hvilket påvirker kvaliteten af sikkerhed og behandlingen. Personalet fremhæver behovet for mindst tre sundhedsfaglige medarbejdere på vagt i åbningstiden, da det medfører betydelige udfordringer at arbejde med færre, hvilket omfatter utilstrækkelig mulighed for patientsamtaler og øget arbejdsbyrde. De nuværende huller i lægedækningen, især i weekender og ferier, belaster systemet yderligere, da der følgende ikke konsekvent er læger til stede på klinikken.
- Personalet rapporterer et stærkt behov for træning i behandling af opioidafhængighed og håndtering af komorbiditeter, især på grund af den høje personaleudskiftning. Eksisterende træning og instruktioner fra behandlende læger anses for utilstrækkelig til at håndtere nødsituationer. Nye medarbejdere føler sig ofte uforberedte, da de mangler træning i nøgleområder som "heroinkompendiet" og førstehjælp. Der er også mangel på klarhed over, hvilke færdigheder det kræves, inden man kan begynde at arbejde. Dog begrænser finansieringsmuligheder adgangen til nødvendig efteruddannelse. I kommentarerne opfordres

der til mere fokuserede oplæringsprogrammer (f.eks. førstehjælp, opioid scoring, håndtering af akut-situationer, simuleringsøvelser) for at sikre, at personalet er ordentligt rustet og klar til at håndtere behandlingen og akutte situationer.

Kommentar 4: Henvisningsproces

- Personalet rapporterer, at nogle praktiserende læger og rusmiddelcentre ikke er opmærksomme på de tilgængelige muligheder for lægelig heroinbehandling. Personalet foreslår, at patienter bør have mulighed for at henvise sig selv eller blive henvist af kommunale samarbejdspartnere, sagsbehandlere, læger (fra forskellige steder, herunder hospitaler og fængsler) og kontaktpersoner direkte til heroinklinikken for en indledende vurdering.
- For at forbedre adgang og effektivitet foreslår personalet, at henvisninger og indskrivinger bør administreres lokalt på klinikken. Lægen på heroinklinikken og henvisningsudvalget vil derefter afgøre, om kriterierne er opfyldt. De endelige beslutninger om behandlingsindikation bør træffes af klinikken.

Kommentar 5: Udvælgelseskriterier

- Kommentarer indikerer, at retningslinjerne bør revideres for at muliggøre mere fleksibel og øjeblikkelig adgang til behandling med lægeordineret heroin for personer med svær opioidafhængighed. Professionelle vurderinger bør afgøre, om alternative behandlinger imødekommer patientens behov; hvis ikke, bør behandling med lægeordineret heroin tilbydes tidligere.
- Mens det foreslås, at tidsrammen for tidligere behandling bør reduceres fra 12 til 3-6 måneder, understreger personalet, at det ikke bør være obligatorisk for patienter at have afprøvet andre typer behandling, før de får adgang til DAM. De foreslår, at behandlingen bør betragtes som et muligt førstevalg, især for patienter med en kompleks afhængighedshistorik.
- Personalet bemærker, at der er behov for at justere kriterierne for behandling med lægeordineret heroin, så de bliver mere retfærdige og inkluderer patienter, der bruger opioider på forskellige måder (f.eks. tabletter, rygning, snifning eller intramuskulær injektion), ikke kun regelmæssigt intravenøs brug.
- Personalet foreslår, at kravet om "ingen aktiv eller ubehandlet sværere psykiatrisk lidelse" bør genovervejes, da mange patienter med sådanne tilstande udelukkes, på trods af at de har behov for behandling.
- Personalet ønsker mere præcise retningslinjer for kriterier i forhold til alkoholindtag og brug af benzodiazepiner. Personalet foreslår at skelne mellem at være alkoholpåvirket og regelmæssig brug, og at patienter med høje alkoholniveauer ikke automatisk bør udelukkes, men snarere få deres indtag håndteret i forbindelse med den lægeordinerede heroinbehandling. For brug af benzodiazepiner rapporterer personalet et behov for afklaring af dets indvirkning på behandling med lægeordineret heroin for at sikre korrekt vurdering og støtte til dem med problemer relateret til benzodiazepin brug eller psykoser.
- Udvælgelseskriterierne vedrørende graviditet betragtes som upraktiske og uklare (dvs. skal der foretages graviditetstest og en afvisning fra behandling, hvis en patient bliver gravid?).

- Personalet peger på to specifikke grupper, som i øjeblikket overses, men som kunne have gavn af en skræddersyet tilgang til behandling med lægeordineret heroin: personer, der bruger heroin sporadisk og er tilbageholdende med at skifte til behandling med lægeordineret heroin på grund af krav om dagligt fremmøde, og personer, der er afhængige af heroin, men fungerer godt på andre områder af deres liv og måske ikke ser sig selv som "misbrugere". Deres specifikke behov og barrierer for behandling bør adresseres.

Kommentar 6: Medicin

- Flertallet af kommentarerne indikerede, at patienter bør tilbydes flere forskellige typer af opioidpræparater ved behandling med lægeordineret heroin (inklusive depotmorfin).
- Personalet rapporterer, at der ikke bør være nogen restriktion på en patients valg mellem depotmorfin og metadon til behandling. Mange patienter foretrækker depotmorfin og søger endda at blive diagnosticeret med hjerterytmeforstyrrelse for at kvalificere sig til behandlingen, hvilket understreger behovet for lige behandlingsmuligheder. Depotmorfin bør betragtes som ligeværdigt med metadon, idet det giver større fleksibilitet og potentielt bedre resultater for dem, der finder det mere effektivt.
- Ifølge klinikkerne anvendes injicerbart metadon i øjeblikket ikke. Personalet foreslår en afklaring af fordele/ulempes ved at kombinere injicerbart metadon med DAM-injektion.

Kommentar 7: Administrationsmetoder

- Personalet foreslår, at retningslinjerne bør anerkende IM-injektion som en mulighed, ikke kun som en undtagelse. Det er en mulig behandlingsmetode og bør inkluderes som et ligeværdigt alternativ til IV-injektion. IM-injektion skal dokumenteres med passende konvertering, når man skifter mellem IM og IV. Retningslinjerne bør præcisere, hvordan justering af doserne skal håndteres.
- Personalet beder om vejledning m.h.t. om klinikkerne skal opretholde forbuddet mod injektioner i halsvenen af sikkerhedshensyn. Selvom injektion i lysken generelt frarådes, blev det foreslået, at undtagelser kunne tillades, når det er den eneste realistiske mulighed for nogle patienter. I sådanne tilfælde bør vejledningen inkludere klare sikkerhedsprotokoller for at minimere risici og sikre patientsikkerhed.
- Kommentarer indikerer, at patienter bør have mulighed for at vælge deres administrationsform af DAM baseret på deres behov og ønskede effekter frem for på deres tidligere anvendte administrationsform. Denne tilgang ville forhindre unødvendige ud- og genindskrivinger samt risikere at patienten udvikler et iv-misbrug, hvis den tidligere anvendte metode ikke var egnet.

Kommentar 8: Omregningstabeller og observationstid

- Personalet rapporterer, at retningslinjerne for observationsperioden bør revideres for at differentiere mellem observationsperioder for dosisstigninger versus stabile doser. Tiden efter en dosisstigning bør forlænges, især ved peroral administration, på grund af muligheden for en forsinket maksimal effekt.

- Personalet rapporterer, at omregningstabellerne for dosering bør revideres og opdateres for at tage højde for og differentiere mellem forskellige administrationsformer, herunder intravenøse, intramuskulære og perorale former. Disse tabeller bør også tage højde for andre medikamenter som metadon og langtidsvirkende peroral morfinpræparat samt mulige kombinationer. Personalet foreslår, at dynamisk dosering eller dosisreduktion af metadon kunne overvejes.
- Kommentarerne fremhæver behovet for, at dosisovervejelser ikke kun tager højde for selve de ordinerede lægemidler, men også for den almindelige sideløbende brug af stoffer/ikke-ordinerede lægemidler som benzodiazepiner og kokain. Mange patienter har et samtidigt brug af stoffer, og overvejelserne om de ordinerede doser bør inkludere disse kompleksiteter, så man sikrer en sikker og effektiv behandling.
- Personalet rapporterer, at de nuværende anbefalinger i tilfælde af missede doser ikke helt stemmer overens med klinisk praksis. I praksis fortsætter patienter typisk med at modtage deres fulde dosis, indtil udeblivelsen overskrider tre dage. Personalet anbefaler, at tabellen opdateres for bedre at afspejle denne tilgang og den nuværende kliniske erfaring.

Kommentar 9: Rapportering og evaluering

- Personalet rapporterer, at de nuværende rapporterings- og evalueringsprocesser bl.a. ved indrapportering til IHM-databasen for behandling med lægeordineret heroin opfattes som utilstrækkelige og kræver betydelig forbedring. Opgaverne med at rapportere til IHM databasen håndteres primært af sygeplejersker på grund af lægernes manglende opmærksomhed og tidspres. Den nuværende rapporteringsfrekvens på hver sjette måned anses for at være for hyppig, og personalet foreslår at strømline processen og integrere data fra tidligere rapporter for at undgå gentagelser. Skemaerne opfattes som komplekse, lange og med gentagne og forvirrende spørgsmål, som er svære at forstå for patienterne. Personalet påpeger, at det er vigtigt at revidere spørgeskemaet, så det bliver mere relevant og brugervenligt. Patienterne ser ofte disse skemaer som en byrde, hvilket påvirker deres deltagelse og nøjagtigheden af deres svar.
- Personalet rapporterer, at evalueringerne fra Sundhedsstyrelsen bliver kritiseret for at være på for højt et plan og ikke tilstrækkeligt skræddersyet til de specifikke behov hos klinikkerne. Der er et ønske om en højere grad af integration af sundhedsfaglige og sociale indsatser med inddragelse af et bredere spektrum af deltagere, herunder ansatte, patienter og klinikledere.

6.4 Resumé

Hovedresultater og fortolkning

Dette kapitel omhandler personalets holdning til Sundhedsstyrelsens retningslinjer for behandling med lægeordineret heroin i Danmark, som udgør rammerne for behandlingen. Information blev indsamlet fra personalemedlemmer med forskellige arbejdsområder og erfaringsgrundlag fra alle fem klinikker. De blev bedt om at evaluere retningslinjerne som helhed og til de specifikke afsnit, hvor de ud fra en skala gav en score inden for områderne relevans og brugbarhed af retningslinjerne, og derudover kunne uddybe med kommentarer.

I forhold til retningslinjerne overordnet set, fandt 61% af de adspurgte personalemedlemmer, at retningslinjerne var up-to-date, og 83% svarede at deres klinik fulgte retningslinjerne i deres nuværende form. Generelt set blev retningslinjerne anset som værende brugbare og nyttige, især de afsnit der omhandlede sikkerhed og medicin håndtering, der modtog den højeste score. Afsnittene der omhandlede behandlingsindikation og inklusionskriterier modtog en lavere score. I forhold til tolkningen af resultaterne er væsentligt at nævne, at det ikke var obligatorisk for personalet at svare, og derfor repræsenterer resultaterne dem der svarede, og ikke nødvendigvis hele personalegruppen.

I forhold til specifikke dele af retningslinjerne, gav personalet en detaljeret feedback, især når der var dele, som de fandt uddaterede eller mindre brugbare. I relation til dette muliggjorde disse detaljerede kommentarer, at ni relevante emner kunne identificeres: sociale ydelser og kommunens rolle, udleveringslokationer, læger og personale, henvisningsproces, udvælgelseskriterier, medicin, administrationsmetoder, omregningstabeller og observationstid, rapportering og evaluering.

Personalet rapporterede om udfordringer ved koordinationen mellem de sundhedsfaglige og socialfaglige indsatser. Dette påvirker henvisningsprocessen og peger mod en bedre integreret behandlingstilgang for at kunne tilbyde en helhedsorienteret og effektiv behandling af patienterne. Personalet pegede også på mere lempelige udvælgelseskriterier til behandlingen, herunder anbefale de at revidere behandlingsindikationen og inklusionskriterierne for at muliggøre en mere fleksibel og øjeblikkelig adgang til behandlingen. Kommentarerne udviser bekymring overfor tilgængeligheden af læger, men også kvalifikationer for læger og andet sundhedspersonale i klinikkerne. Mere træning med fokus på specifik viden indenfor i heroinbehandling ønskes. Der var også kommentarer, der pegede på, at patienter kunne tilbydes flere forskellige typer af opioidpræparater samt udvidede administrationsmetoder for bedre at kunne imødekomme deres behov. Personalet foreslog også en simplificeret og strømlinet datarapportering for at minimere arbejdsbyrden, og herunder revidere spørgeskemaet til datarapportering, så det bliver mere brugervenligt og relevant for klinikkerne.

Samlet set så understreger feedback fra personalet et behov for en opdatering af retningslinjerne. Personalet mener, at retningslinjerne skal være mere inkluderende, praktisk anvendelige og på linje med den kliniske praksis og patienternes behov

7. Kvalitativ data om oplevelse af behandling

Den kvalitative del af rapporten omhandler patienter, personale og lederes erfaringer med behandling med lægeordineret heroin i Danmark. Baseret på erfaringer fra den sidste evaluering (24), udgjorde dette en del af opdraget fra Sundhedsstyrelsen. Som en del af dette opdrag blev der efterspurgt et fokus på generelle problemer med at blive visiteret til behandling med lægeordineret heroin og andre barrierer for tilgang til behandling, arbejdet med retningslinjer i behandling, samt karakteristika for frafald og fastholdelse i behandling. Yderligere blev der efterspurgt viden om personalets uddannelsesbaggrund og kompetencer, normering, personaleflow og rekruttering af nye medarbejdere. Endelig var der ønske om opbygning af viden i forhold til potentiale for udvikling af den fremtidige behandling med den lægeordinerede heroin.

Opdraget har udgjort det primære fokus for de kvalitative undersøgelser og afrapporteringen, men vi har også søgt at inddrage fokusområder fra den seneste evaluering, hvor det blev skønnet relevant. Da fokus i opdraget også er tæt forbundne med oplevelse af rammer, tilbud og tilfredshed med behandlingen, har vi søgt at inddrage disse temaer, delvist inspireret af en tidligere rapport om tilfredshed med substitutionsbehandling.

I denne rapport var der udover kvantitativ afdækning af indsatser også et kvalitativt fokus på indskrevne patienters tilfredshed med behandling samt hvilken type af behandling de modtog. Endelig har undersøgelsen også inddraget aspekter fra de 10 principper for en værdig indsats, som udgør anbefalinger til en værdighedsreform formuleret af Rådet for Socialt Udsatte (45). Det er vigtigt at fremhæve, at den kvalitative del af rapporten ikke udgør en evaluering af de fem klinikker - en sådan evaluering ville kræve en længere undersøgelsesperiode på den enkelte klinik, end hvad der har ligget i opdraget og tidsrammen. Udgangspunktet har derfor været at sikre, at de kvantitative data i rapporten suppleres med levede erfaringer.

7.1. Dataindsamling

7.1.1 Klinikker

Der blev lavet 27 individuelle interview med indskrevne patienter, 10 gruppeinterview med 32 medarbejdere, 2 individuelle interview med medarbejdere, samt 6 individuelle interview med ledere på de fem klinikker (se **Tabel 7.1**). De seks interview skyldes, at lederen på Valmuen blev afløst af en konstitueret leder august 2024, som blev interviewet, efter dataindsamlingen formelt var afsluttet.

Tabel 7.1. Interviewdeltagere på alle fem klinikker

Klinik	Patienter	Medarbejdere		Ledere	
		Sundhedsfaglig	Socialfaglig	Sundhedsfaglig	Socialfaglig
Esbjerg	6	5	0	1	
Hvidovre	5	5	8		1
Odense	5	4	3	1	
Valmuen	5	1	3	2	
Aarhus	6	5	0	1	
Total	27	20	14	6	

7.1.2 Patienter

De 27 patienter havde et aldersspænd på 32-69 år, 21 mænd og 6 kvinder (se **Tabel 7.2**). Tid indskrevet i behandling med lægeordineret heroin spændte mellem 1 til 14 år, og tid indskrevet i den aktuelle klinik mellem måneder og 13 år. Tidligere erfaring med anden rusmiddelbehandling involverede: traditionel substitutionsbehandling (medicinering her involverede både metadon og buprenorphin), døgnbehandling, halvvejshus og Minnesotabehandling. Næsten alle boede i egen bolig, mens nogle boede på forsorgshjem eller i bofællesskab. Transporttid hver vej varierede fra 2 minutter på cykel, 6 minutter som gåtur og 80 minutter med offentlig transport. Se også 5.1.2. for information om patient population.

Tabel 7.2. Interviewdeltagere patienter

Klinik	Alder (år)	Køn	Bolig	Transport (hver vej)	Opstart i behandling	Aktuel klinik	Anden rusmiddelbehandling
Esbjerg (6)	43-64	6M/0K	Egen bolig	2- 80 min.	4-17 år*	2-13 år	Substitutionsbehandling
Hvidovre (5)	47-60	4M/1K	Egen bolig	15-75 min.	3-15 år	2 mdr.-10 år	Substitutionsbehandling, Minnesotabehandling, halvvejshus, døgnbehandling
Odense (5)	41-62	3M/2K	Egen bolig Forsorgshjem	25-40 min.	2-12 år	2-12 år	Substitutionsbehandling
Valmuen (5)	33-64	3M/2K	Egen bolig, Bofællesskab	6-60 min.	2-14 år	6 mdr.- 13 år	Substitutionsbehandling, døgnbehandling
Aarhus (6)	32-69	5M/1K	Egen bolig	7-45 min.	1-13 år	1-13 år	Substitutionsbehandling
Total (27)	32-69	21M/6K	Egen bolig, andet	2-80 min.	1-17 år*	2.mdr. -13 år	Substitutionsbehandling, Andet

*Patienterne fra Esbjerg svarede på opstart i substitutionsbehandling

7.1.3 Ledere

Lederne havde et aldersspænd på 32-60 år, 3 kvinder og 2 mænd (efter den konstituerede leder tiltrådte 2 kvinder og 3 mænd) (se **Tabel 7.3**). Lederne havde primært en sundhedsfaglig baggrund (sygeplejerske). Ledelseserfaring med DAM-behandling spændte fra 2 måneder til 7,5 år, og tidligere erfaring med andre rusmiddelrelaterede indsatser fra 0 til 10 år.

Tabel 7.3. Interviewdeltagere ledere

Klinik	Alder	Køn	Uddannelse	DAM-behandling	Anden behandling
Esbjerg	57	K	Sygeplejerske	2 mdr.	0
Hvidovre	36	M	Pædagog, diplom	2 år	0
Odense	32	K	Sygeplejerske	1 år	7 år (Retspsykiatri)
Valmuen	41	K	Sygeplejerske	7,5 år	0
Valmuen*	60	M	Sygeplejerske	3,5 mdr.	34 år psykiatri bl.a. særlige pladser
Aarhus	53	M	Sygeplejerske	2 mdr.	4 år (alkoholbehandling i psykiatri) 6 år (gadesygeplejerske)
Total (6)	32-60	3M/3K	5 sygeplejersker 1 pæd.diplom	2 mdr. -7,5 år	0-10 år

* Konstitueret leder fra august 2024.

7.1.4 Personale

De 34 medarbejdere havde et aldersspænd på 25-66 år, 26 var kvinder og 8 mænd, heraf 20 med sundhedsfaglig baggrund og 14 med socialfaglig baggrund (se **Tabel 7.4**). Medarbejderne varetog forskellige sundheds- og socialfaglige opgaver på de enkelte klinikker, så som sygeplejerskeopgaver, lægeopgaver, rusmiddelbehandling og socialfaglige opgaver. Erfaring med behandling med lægeordineret heroin spændte fra 1 måned til 14 år, og tidligere erfaring med anden rusmiddelbehandling fra 0 til 29 år. Se også 4.6. for information om personale population.

Tabel 7.4. Interviewdeltagere personale

Klinik	Alder	Køn	Uddannelse	Behandling	Anden behandling
Esbjerg (5)	35-48	1M/4K	Sosu-assistent (3), Sygeplejerske (1) Læge (1)	6 mdr. - 7 år	0-7 år
KABS Hvidovre (13)	25-66	3M/10K	Socialrådgiver (4), Socialpædagog (2) Psykolog (1), Sygeplejerske (3), Sosu- assistent (2), Pædagog (1)	6 mdr. - 14 år	0-29 år
Odense (7)	25-58	1M/6K	Læge (1), Socialpædagog (1), Sosu- assistent (3), Sygeplejerske (2)	6 mdr. - 8 år	0-4 år
Valmuen (4)	30-38	3M/1K	Socialpædagog (2), Pædagog (1) Sygeplejerske (1)	1 mdr. - 7 år	0-1 år
Aarhus (5)	29-60	5K	Sygeplejerske (5)	3-10 år	0-3 år
Total (34)	25-66	8M/26K	20 sundhedsfaglige 14 socialfaglige	1 mdr. - 14 år	0-29 år

7.2. Oplevelse og perspektiver på behandling

Resultaterne for den kvalitative del af rapporten gennemgår patienterne, personalets og ledelsens oplevelse og perspektiver på behandling med lægeordineret heroin. Temaerne i denne gennemgang er bygget op over centrale temaer i spørgeguiden og udgør som tidligere beskrevet ikke en evaluering af de fem klinikker, men peger på centrale fokusområder, som i større eller mindre grad opleves på tværs af klinikker. De forskellige temaer er ofte forbundet, hvorfor der henvises på tværs af områder, når der skønnes særligt relevant.

Vi vil gerne takke alle, der har deltaget i projektet. Vi oplevede en fantastisk åbenhed og et stort engagement, og har indhentet data nok til en bog. Da opdraget var, at den kvalitative data skulle udgøre en del af den samlede evaluering, er der temaer, som kom frem i interviewene, som ikke er prioriteret for denne rapport, og som derfor ikke er inddraget. Vi håber derfor, at den kvalitative del af rapporten vil stimulere videre diskussion, som muliggør en udfoldelse af andre relevante temaer ift. status og fremtid for behandling med lægeordineret heroin i Danmark.

7.2.1. Tiden op til indskrivning i behandling med lægeordineret heroin

Belastninger og overvejelser om behandling. Patienterne fortæller, at de op til indskrivning i behandling med lægeordineret heroin har oplevet alvorlige belastninger ifm. deres stofbrug, som ofte involverer stort misbrug, herunder injektionsbrug af heroin, kokain og morfin. De fortæller også om store fysiske, psykiske og sociale belastninger og om lav livskvalitet. En patient havde fx flere overdoser i tiden op til indskrivning: "Det var et spørgsmål om liv eller død" og en, at hun "var så langt ude", at

hun havde haft flere selvmordsforsøg. De fleste fortæller om bekymringer, stress og gæld forbundet med stofbrug, og en del om kriminalitet og prostitution. Overvejelser om opstart i behandling med lægeordineret heroin sker således både som følge af patienternes egne overvejelser og ønske om forandring af deres livssituation og gennem samtaler med andre. Nogle få havde hørt om behandlingen gennem familien, mens andre blev inspireret af at se, hvordan behandlingen havde hjulpet andre i stofmiljøet. Nogle havde hørt om behandlingen gennem personale, ofte på et herberg eller varmestue, men også gennem hospital, men flest fra personale på anden substitutionsbehandling. Overvejelser ifm. med anden substitutionsbehandling var ofte baseret på, at indsatsen ikke virkede optimalt, fx at patienterne havde et kaotisk og risikofyldt stofbrug, som omfattede injektion af metadon eller/og heroin, eller oplevede store fysiske belastninger ifm. medicinsk behandling med metadon. En patient fortæller fx, at hans mave ikke kunne tåle metadon, og at lægen anbefalede behandling med lægeordineret heroin, så han ikke skulle "gå på gaden" og købe heroin, og en anden patient, at hans hjerte ikke kunne tåle metadon, og at han efter et hjertestop ledte efter en anden behandlingsform. Enkelte patienter havde været indskrevet på andre klinikker, men skiftede fordi de flyttede kommune eller var utilfredse med behandlingen. Patienternes fortællinger går igen i personalets og ledernes beskrivelser af, at patienternes livssituation op til indskrivning i behandling med lægeordineret heroin er kendetegnet af store belastninger med mange mislykkede forsøg i anden behandling i offentligt og privat regi, ofte ifm. anden substitutionsbehandling.

Stigma og fordomme. Både patienter, personale og ledere fortæller, at det kan være svært at vælge behandling med lægeordineret heroin, fordi der kan være stærke holdninger og tabuer forbundet med at få ordineret heroin. En patient fortæller fx, at en i hendes familie kalder det for "Danmarks største narkocentral", og at hun river plasteret fra injektionen af, når hun kommer ud på gaden efter behandling, da hun ikke har lyst til at reklamere med, at hun er "narkoman". Personale og ledelse fortæller også, at patienterne kan opleve behandling med lægeordineret heroin som et nederlag, og forbinder det med en generel uvidenhed og manglende forståelse af behandlingen i samfundet, hvor der kan være en holdning af: "Så får de det gratis". En leder kommenterer på, at den almene dansker kender heroinbrug fra film og tænker, at man injicerer og vælter på et offentligt toilet og får en overdosis, og at denne holdning kan udfordre patienternes selvbillede og selvværd og gøre det svært at vælge at være indskrevet i behandling med lægeordineret heroin. Personale og ledere har også en opfattelse af, at der kan herske et stigma omkring behandlingen i stofmiljøet: "Du kan nok ikke klare dig selv længere" og at flere patienter lægger stor vægt på, at DAM er et lægemiddel.

7.2.2. Patienterne drømme og mål for behandling med lægeordineret heroin

Patienterne drømme og mål for behandling med lægeordineret heroin afspejler deres livssituation op til indskrivning. Da patienterne udgør en varieret målgruppe ift. alder, historik, belastninger og ressourcer (se afsnit 7.1.), har de forskellige drømme og mål for behandlingen. Flere temaer går dog igen:

- Forbedring af livssituation og livskvalitet.
- Faste rammer samt sikkert og lovligt indtag af heroin
- Øget struktur og ro i hverdagen og hjælp til forbedring af sundhedstilstand (fx behandling af hepatitis, almen hygiejne, træning, kost), psykisk helbred (fx stress, PTSD), nære relationer (primært familie), økonomi og boligsituation samt øget engagement i andre aktiviteter (fx socialt, uddannelse, arbejde/frivilligt arbejde).

- Støtte til at få kontrol med, reducere eller stoppe brug af andre rusmidler.

På interviewtidspunktet fortæller flere af patienterne, at de stadig har deres oprindelige ønske om at trappe ned i DAM og metadon og andet stofbrug, og på sigt stoppe i behandlingen, mens andre har fået dette ønske i løbet af deres behandling. Patienterne ønsker er ofte forbundet med ønsker om forandring, mens det for nogle i højere grad er forbundet med frustration over behandlingen. Flere udtrykker ikke et ønske om at stoppe behandling, da den fungerer godt for dem, og nogle få ser det ikke som en mulighed at stoppe, da de oplever at være for ustabile. Nogle af disse patienter fortæller, at de havde regnet med at kunne stoppe i behandling tidligere og udtrykker skuffelse over, at processen er blevet mere langvarig.

7.2.3. Henvisning, visitation og indskrivning i behandling

Patienterne vurderede processen ifm. henvisning, visitation og indskrivning i behandling med lægeordineret heroin mellem 4-10 (gennemsnit 7,8), personale mellem 1-8 (gennemsnit 5), mens ledere placerede sig mellem tal fra 6,5-9,5 (gennemsnit 7,2). Som beskrevet i Metode, afsnit 3, side 16, blev alle informanter ved hvert tema bedt om at vurdere, hvordan behandlingen placerede sig ift. at møde patienternes behov på en skala fra 1 til 10 (1=virkelig dårlig og 10=virkelig god). Variationen i vurderingerne peger således på store forskelle i oplevelse af processen ifm. henvisning, visitation og indskrivning. Dette kan til en vis grad skyldes, at de tre deltagergrupper fokuserer på, og derfor fremhæver, forskellige aspekter af processen frem til opstart i behandling. Hvor personalet for eksempel synes at være særligt kritiske, kan patienternes lidt højere vurderinger bl.a. tilskrives, at de tillægger det en stor betydning, at de er opstartet i behandling på interviewtidspunktet, og at de derfor også fokuserer på deres nuværende situation og oplevelse af, at behandlingen har givet dem mulighed for at få ordineret heroin og bevæge sig væk fra en meget belastet livssituation. At lederne er de mest positive, kan skyldes flere faktorer, bl.a., at de ikke er lige så involveret i processerne, og derfor har andre perspektiver på betydning af barrierer og muligheder forbundet med de forskellige processer.

Processen frem til opstart. Nogle patienter udtrykker tilfredshed med processen hen til opstart i behandling, mens andre fortæller om en alt for lang og kompliceret proces, som både skyldes personlige og strukturelle faktorer. En patient fortæller fx, at der gik 14 dage fra han tog kontakt, til opstart i behandling, og at det var lang tid for ham ift. den situation, han var i. En anden fortæller, at der gik en måned fra hans kontaktperson på herberget havde foreslået behandling med lægeordineret heroin til opstart i behandling, og en, at det tog et halvt år til opstart pga. problemer med at blive indskrevet i behandling uden for hjemkommunen. Få patienter fortæller om selve indskrivningen og mere om opstart og forløb i behandlingen (se fx 7.2.4. og 7.3.). Patienternes kritik af visitationsprocessen afspejles særligt i personalets, men også i flere ledes, oplevelse af, at visitationsprocessen ofte er langsommelig og kompliceres af indviklede kommunale systemer, særligt ved indskrivning fra andre kommuner, som i nogle tilfælde ikke virker villige til at ville betale for den sociale del af behandlingstilbuddet. Endelig beskriver en del personale, at behandling med lægeordineret heroin ofte opfattes som en "sidste udvej" og en "endestation" og ikke anses at være på lige fod med anden substitutionsbehandling, og at denne holdning kan forsinke henvisning fra relevante aktører, herunder også anden substitutionsbehandling. Flere udtrykker derfor et ønske om, at hele rusmiddelcenteret i højere grad anerkender behandling med lægeordineret heroin på lige fod med anden substitutionsbehandling. For at øge kendskab til rammer og indhold af behandling med lægeordineret heroin, er der på flere klinikker opstartet initiativer, bl.a. i form af rundvisninger på klinikkerne, til relevante samarbejdspartnere, hvilket har virket positivt.

En anden udfordring, der hyppigt nævnes, er krav om 1 års ventetid før henvisning til behandling med lægeordineret heroin, særligt for patienter med en meget belastet historik, hvor nogle patienter derfor giver op pga. den lange proces frem til opstart i behandling. I disse tilfælde foreslås det, at behandling med lægeordineret heroin nogle gange kunne tilvælges hurtigere, herunder som selv-henvender og som førstevalg. Det understreges her, at forsigtighed-princippet stadig skal overholdes, fx overfor et ungt menneske, der ikke har været afhængig af heroin længe. Positive faktorer frem til opstart i behandling synes særligt at være henvisninger og visitationsprocesser, som ofte styrkes af gode samarbejder mellem læger i behandling med lægeordineret heroin og traditionel substitutionsbehandling. Denne proces udfordres dog ved mangel på lægeressourcer; på én af klinikkerne nævnes det fx, at lægen kun er til stede hver onsdag, hvilket udfordrer hurtig henvisning og visitation. Derudover ønsker flere sygeplejersker at blive inkluderet mere i visitationsprocessen, da de er meget involverede i patienternes behandling.

Inklusionskriterier. Inklusionskriterierne for indskrivning i behandling med lægeordineret heroin kritiseres primært af personale, men også af ledere, som har været på området i en længere periode. Det fremhæves her, at selvom kriterierne på mange måder sikrer, at patienterne får et positivt udbytte af behandlingen, resulterer kriterierne også i eksklusion af patienter, som kan have gavn af behandlingen. På flere klinikker nævner særligt personalet, at hvis kriterierne blev overholdt fuldstændigt, ville de ikke have nogle patienter, da nogle af kravene er urealistiske, og at de derfor går på kompromis med kriterier, som fx omhandler alkoholbrug og brug af benzodiazepiner, psykiatriske lidelser og somatiske sygdomme, og i stedet tager stilling til, hvad der er bedst for den enkelte patient sammen med lægerne. I den forbindelse understreges en stor opmærksomhed på, at de mest belastede patienter ikke indskrives, bl.a. som følge af, at de skal kunne finde hen til behandlingen på egen hånd og rummes i behandlingen. Endelig nævnes det, at få patienter ikke indskrives, fordi deres misbrug ikke er stort nok, men at de ofte indskrives på et senere tidspunkt, og en leder kommenterer på, at krav om CPR-nummer udelukker mange med illegalt ophold i Danmark, som er meget belastede og begår alvorlig kriminalitet.

7.2.4. Velkomst og introduktion til behandling

Velkomst og introduktion til behandling med lægeordineret heroin udgør en vigtig start, og prioriteres højt af både patienter, personale og ledelse, selvom der synes at være store lokale forskelle i, hvordan det varetages. Patienterne fortæller, at det er vigtigt, at velkomsten er rar, at der er en god introduktion til behandlingen og en god stemning på klinikken. En patient fortæller fx: "Det er befriende at blive mødt som det menneske man er", mens en anden fremhæver det som positivt, at han kendte noget af personalet og nogle af patienterne i forvejen fra et andet behandlingstilbud. En fortæller dog også, at andre patienter havde rost behandlingen så meget, at han blev skuffet, da han ikke oplevede specielt meget information og velkomst. Særligt lederne fremhæver, at det prioriteres at give information om regler og rammer for behandling med lægeordineret heroin inden indskrivning, og at velkomsten til ny-indskrevne patienter prioriteres højt som en del af et øget fokus på patientinddragelse, og skal foregå respektfuldt og på patienternes præmisser, fremfor at tage udgangspunkt i sagsmappen. Der synes dog at være lokale forskelle på indskrivning og velkomst, hvor en klinik fx fortæller om en ordning, hvor indskrevne patienter hjælper med introduktionen til hvordan behandlingen foregår, som ikke virker til at være en del af proceduren på alle klinikker.

7.3. Rammer/organisering af behandling

Det følgende afsnit omhandler de overordnede rammer for behandling og i hvilken udstrækning de møder patienternes behov. Temaerne omhandler geografisk placering og transporttid, åbningstider, stemning på stedet, føle sig velkommen, brug af sanktioner. Patienternes vurderinger lå mellem 5-10 (gennemsnit 7,6), personalets mellem 5-8 (gennemsnit 5,6) og ledernes mellem 6-9 (gennemsnit 7,8). Variationen i de tre deltagergrupper indikerer både store forskelle i oplevelser af rammer og organisering på den enkelte klinik og på tværs af klinikker.

7.3.1. Geografisk placering og transporttid

Både patienter, personale og ledere understreger vigtigheden af tilgængelighed til behandling med lægeordineret heroin, så patienternes tid i behandling ikke overskygger mulighed for andre aktiviteter i hverdagen. Oplevelserne hænger således sammen med åbningstider i behandlingen (se afsnit 7.3.2.).

For nogle patienter medfører klinikkens geografiske placering kort transporttid, og mens en del oplever, at transporttiden er acceptabel (også nogle af de patienter med længere transporttid), udfordres flere dog af for lang transporttid, som griber meget ind i deres hverdag. En patient fortæller fx, at det ville gøre livet lettere, hvis behandlingen lå tættere på hans hjem, så han kunne få mere overskud og måske arbejde et par timer i hverdagen. Han fortæller også, at afstanden gør, at der ikke er flere indskrevet i behandling med lægeordineret heroin fra hans hjemby, selvom mange kunne have gavn af den, men at "... som det er nu gider de ikke transporttiden". Patienternes beskrivelser går igen hos personale og ledere, som også understreger, at gode rammer for behandlingen styrkes, når patienterne bor inden for en rimelig afstand af klinikken og når klinikken ligger tæt ved transportmuligheder. En leder på en klinik, der er centralt placeret og tæt ved transportmuligheder fortæller, at der gives gratis bus-/togkort til patienterne, men også, at den centrale beliggenhed øger risikoen for, at beboere i nærområdet udtrykker modstand mod placeringen eller indgår i uheldige situationer med patienterne. For klinikker med et større opland beskrives oftere udfordringer ift. lang transporttid ifm. behandlingen, hvilket bl.a. kan udfordre fremmøde. Flere nævner, at behandling med lægeordineret heroin kunne være geografisk spredt i flere og mindre klinikker, og dermed øge tilgængelighed til behandling. Andre aspekter af behandlingens placering involverer overvejelser om fordele ved, at behandling med lægeordineret heroin er placeret sammen med resten af rusmiddelcenteret, da dette støtter samarbejde mellem de forskellige klinikker og personale i rusmiddelbehandling og flere patienter vil kende noget af personalet og selve huset i forvejen.

Indretning af behandling. Flere patienter, personale og ledere nævner også vigtige punkter ift. tilstanden af selve bygningen og indretningen af behandlingen. Her synes særligt fokus på bedre muligheder for at vente inden behandling, da det kan være koldt og vådt at vente udenfor. På en klinik nævnes det, at mange trapper kan udfordre nogle af de ældre patienter, og at den gamle og langsomme elevator er upraktisk, fx hvis et hjertestop skulle finde sted. På en anden klinik fremhæves fx generelt slid på bygning og inventar samt på behov, for bedre indgangssystemer og udsugning ved destruering af DAM. På flere klinikker fremhæver de tre deltagergrupper indretningen af behandlingen, særligt ift. funktionalitet og plads. En leder nævner fx, at opdeling i tre trin mellem medicinrum, behandlerrum og observation efter indtag (OBS) fungerer rigtig godt, mens både patienter, personale og ledere på flere klinikker nævner, at lokaleindretningen kan være bedre, og at mangel på plads udfordrer behandlingens forskellige funktioner. Gennemgående nævnes det, at

manglende plads øger konfliktniveauet før, under og efter den sundhedsfaglige behandling, fordi lokalerne skal rumme mange patienter, hvor nogle gerne vil have ro mens andre gerne vil snakke, og hvor nogle kan være mere udadreagerende og skabe uro.

7.3.2. Åbningstider og adgang til behandling

Åbningstider i behandling med lægeordineret heroin udgør et stort og centralt tema for både patienterne, personale og ledere. Mens der kan være forskellige perspektiver, er der stort fokus på behov for fleksibilitet for bedst muligt at kunne imødekomme patienternes forskellige behov.

Mere fleksibilitet i fremmøde. Flere patienter ønsker længere åbningstider og større fleksibilitet ift. fremmøde og flere fortæller, at det godt kan føles som et fuldtidsarbejde at være i behandling. Nogle patienter ønsker mulighed for at komme tidligere om morgenen, så de kan få en mere almindelig hverdag/arbejdsdag, da det er svært at nå noget på de fem mellemliggende timer. Andre patienter ønsker at komme senere om morgen; en patient fortæller fx, at han er meget syg om morgenen og må tage en taxa til behandlingen, og en anden oplever det er stressende at møde tidligt, da han først kommer i seng ved 4-5-tiden. Nogle patienter ønsker også senere åbning om eftermiddagen og en fortæller: "Der er ingen, der er abstinente 5 timer efter, når det er tid for anden udlevering". En patient er i den forbindelse utilfreds med, at personalet kan bede dem vente på nogen, der kommer sent til deres tid, så de ikke skal omlægges til metadon. Personale og ledere beskriver ligeledes overvejelser om at åbne senere om morgenen, da en del patienter er syge om morgenen, mens andre overvejer potentialet i at åbne tidligere, da flere patienter har abstinenser om morgenen. Gennemgående er der således overvejelser om potentialet i øget fleksibilitet, fordi åbningstiderne kan være for begrænsede ift. rejsetid, krav om fremmøde og behandlingsbehov.

På klinikker, hvor der trækkes lod om kø-plads, synes det særligt at være en udfordring for flere patienter, ikke at vide, hvor lang ventetiden bliver, da det kan vanskeliggøre planlægning af andre aktiviteter. Andre fremhæver fordele ved at trække lod om numre i køen, så der ikke opstår "handel" om kø-pladser. En patient fortæller her, at nummersystemet fungerer for ham, fordi han spiller kort med en af de andre patienter i ventetiden, mens en anden fortæller fx, at ventetider kan være op til 40 minutter og foreslår at gøre køen kortere ved at lave et sær-spor for dem "der bare skal have tablet". En patient, der har været indskrevet på forskellige klinikker, oplever fordele og ulemper ved begge kø-systemer, men oplever, at patienter, der er meget abstinente om morgenen og ikke har mulighed for at møde ind før åbningstid, risikerer at skulle vente og opleve stort ubehag.

Ophold mellem åbningstider. Flere patienter ønsker mulighed for at opholde sig på klinikken i tiden mellem udleveringer, særligt patienter, der ikke kan nå hjem i tiden mellem udleveringer. En fortæller fx, at det ville være rart at kunne blive i caféen og lave aktiviteter, fx bordfodbold, fjernsyn, bordtennis i stedet for "bare at trisse rundt i byen". Ventetid inden den sundhedsfaglige behandling fylder meget hos en del patienter.

En tredje åbningstid. En del patienter beskriver tilfredshed med, at behandling med lægeordineret heroin har åbent to gange i døgnet og at det fungerer tilfredsstillende at få metadon til aftenen eller over længere perioder, så de ikke skal ind på klinikken hver dag, selvom nogle patienter gerne vil undgå tættere observation, når de igen skal have DAM efter en pause. Det nævnes dog også, at nogle patienter måske brokker sig, men også kan være glade for ikke at skulle tage medicinen med fra behandlingen, så de ikke støder på nogle de skylder noget. Dette reducerer risiko for at miste medicin; der foregår meget uden for behandling ift. potentielt salg og udveksling af stoffer (her nævner noget

personale også, at patienterne kan opleve, at "osteklokkefornemmelsen" ved metadon er ubehagelig at have i offentligheden og derfor ønsker at administrere indtaget til natten selv).

Flere patienter, personale og ledere beskriver et ønske om en tredje åbningstid om aftenen, da det vil give mulighed for en ekstra dosis DAM i stedet for metadon til natten, da en del patienter ikke oplever at være godt nok dækket ind og har søvnproblemer og abstinenser, hvilket øger risiko for stofbrug. En patient siger fx om udfordringer ift. af være dækket ind om natten: "Byens pushere bliver ikke arbejdsløse", en patient fortæller, at han bliver nødt til at tage mere metadon selv, som han har gemt til sådanne situationer og en patient, at han bliver nødt til at drikke alkohol for at kunne slappe af og sove om aftenen, hvilket kan medføre, at han ikke kan modtage DAM den næste dag. En leder nævner her, at hjemtag af doser med DAM-tabletter ikke er muligt pga. risici for overdoser, da tabletterne kan opløses og injiceres, men at "alt" i princippet kan anvendes anderledes og derfor medfører risici, også metadon. Det understreges derfor, at uanset hvad der udleveres til natten, er det vigtigt, at patienterne støttes i at tage ansvar, da det i sidste ende er dem, der beslutter hvad de gør, og at hjemtag af medicin derfor også må bero på individuel vurdering af stabilitet og sikkerhed. Noget personale nævner dog også, at mange patienter kan opleve det som uoverskueligt at skulle fremmøde tre gange dagligt, og nogle, at de ikke har lyst til sene vagter og at det vil blive økonomisk dyrt.

7.3.3. Stemning, regler og sanktioner

Nogle klinikker karakteriseres i højere grad som et sted med en god stemning og god håndtering af regler og sanktioner, mens andre klinikker er mere udfordrede. Dette hænger i vid udstrækning sammen med personaleforhold og personaleressourcer på den enkelte klinik (se 7.6. og 7.7.). På tværs af klinikker er der dog visse faktorer, der går igen, når patienter, personale og ledere beskriver, hvad der gør det rart og trygt at være i behandling med lægeordineret heroin.

Stemning og håndtering af konflikter. Det har stor betydning, at stemningen er god og at patienterne føler sig trygge. En patient fortæller fx, at "stemningen på stedet går op i en højere enhed", og en anden, at "man kan mærke at de [personalet] kan lide at være her" og at hans humør bliver bedre af at møde personalet og gør, at han er gladere, når han kommer hjem igen. Flere understreger vigtigheden af, at personalet er gode til at tale med dem, både ifm. med selve behandlingen, men også generelt. Generelt oplever flere, at stemningen skifter alt efter grad og håndtering af konflikter – her nævnes særligt konflikter mellem patienterne og mellem patienter og personalet. Konflikterne synes ofte at ske ifm. med den sundhedsfaglige behandling (se 7.4.), men også som følge af pressede personaleforhold (se 7.6 og 7.7.), men det smitter også af på den generelle stemning på klinikkerne. En patient fortæller fx, at det kan være utrygt fordi alle er i dårligt humør og han aldrig ved, hvad han kommer ind til og hvad der kommer til at ske, både ift. dosis, men også ift. stemningen generelt. En anden beskriver en urolig tid på klinikken, hvor "det var ved at køre helt over" og der var en meget aggressiv stemning, bl.a. fordi nogle af patienterne kom lige fra fængsel og havde et mere barskt sprog og adfærd. Flere fortæller således, at der kan blive råbt højt og at personalet skal håndtere en masse brok, men oplever, at personalet generelt er gode til at få det dæmpet ned - andre fortæller, at personalet på deres klinik har haft svært ved, men er blevet bedre til, at håndtere uro og udadreagerende adfærd.

Personalet og ledere tillægger også en god stemning på klinikkerne stor betydning og at patienterne oplever det som "deres sted" og er glade for at komme på trods af de mange regler og en meget blandet målgruppe. En leder fortæller fx, at de søger at have en kultur, der hedder "det var godt du kom, fedt at se dig igen, er der noget vi kan hjælpe dig med". Flere klinikker oplever, at stemningen

generelt er god, mens andre klinikker oplever mere uro, og ligesom patienterne forbinder det med mangel på personale, som gør det sværere at have tid til at få en positiv kontakt med patienterne og samle op på akutte behov. På tværs af klinikker synes dagene at skifte mellem mere fredelige dage, mens andre dage er præget af patienter, der har det dårligt, er frustrerede og udadreagerende, og som kommer i konflikt med andre patienter og personale. Der synes her generelt at være et stort fokus på, at spændinger og konflikter mellem patienter, som er opstået uden for klinikken, ikke forstyrrer stemningen i klinikken. En leder siger fx: "Gademiljøet skal ikke med ind ad døren". Der synes her at være forskellige tiltag til dette på de fem klinikker, fx har en klinik prioriteret at have en miljøterapeut som en del af cafémiljøet og flere klinikker fremhæver, at fx brug af Motiverende Samtaler (MI) og Low Arousal (LA) har hjulpet med at håndtere konflikter og skabe et roligere miljø.

Brug af regler og sanktioner. Regler og sanktioner opleves både som en positiv foranstaltning ift. at skabe en god stemning og ro på klinikkerne, men også som noget, der kan udfordre relationer og samarbejde mellem patienter og personale. Flere patienter oplever, at reglerne giver dem en tryghed, når de støtter op om ro på klinikken - nogle fortæller fx, at der har været for meget uro på deres klinik, og at det er blevet bedre efter, at der er kommet mere klare regler og brug af karantæne. En del patienter ønsker dog også, at personalet er mere fleksible ift. at "bøje reglerne" en gang imellem for at komme dem i møde, da personalet ofte siger "det kan vi ikke pga. reglerne". Gennemgående fremhæves det som positivt, når regler og sanktioner er forudsigelige og til at gennemskue, og som negativt, når de opleves som vilkårlige og personafhængige. En patient udtrykker fx forståelse for brug af sanktioner i nogle situationer, men, at der er stor forskel på, hvordan personalet behandler ham og andre patienter. Flere patienter fortæller ligeledes, at der er forskel på, hvor strengt regler og sanktioner håndhæves på tværs af klinikker og personale, og forbinder det med mangel på personale og stor personaleudskiftning. Personale og ledere beskriver ligeledes et ønske om at undgå sanktioner på trods af, at nogle patienter kan udvise vanskelig adfærd, og i stedet prioritere dialog og være rummelige ift. patienternes adfærd. Når dette ikke er muligt, gives der nogle gange en "tænkepause", men patienter kan også udskrives, oftest i en periode, hvis konflikterne bliver for voldsomme. En leder fremhæver i den forbindelse, at de søger at sende patienter på pause med Falck-bus eller skifte dem over til metadon i stedet for at udskrive dem, men at det kan være svært, når patienterne bruger Rivotril (benzodiazepin), fordi det kan gøre dialogen vanskelig. På tværs af klinikker afholdes ledermøder hver 3. måned, hvor der er fokus på udfordringer og barrierer i behandlingen.

7.4. Sundhedsfaglig behandling

Patienternes vurderinger af den sundhedsfaglige behandling lå mellem 3,5 til 10 (gennemsnit 7,6). Personalets vurderinger lå mellem 4 og 9 (gennemsnit 7,4) og ledernes mellem 7-9 (gennemsnit 8,5). De forskellige vurderinger afspejler en stor variation i særligt patienternes og personalets oplevelser, mens gennemsnittet peger på, at den sundhedsfaglige behandling udgør et centralt element i behandling med lægeordineret heroin. Dette tema fyldte derfor også meget i interview og er behandlet mere indgående i undertemaer neden for.

Ordineret DAM. Patienterne fortæller gennemgående, at det er positivt at få ordineret DAM. En patient fortæller fx: "Medicinen gør, at man er glad, ikke er syg om morgenen og at økonomien er ok ordentlig" og en at det "sørger for fravær af abstinenser og tankemylder". Flere fortæller, at de har fået det psykisk bedre af behandlingen og har fået kræfter til at fokusere på andre livsområder. En

patient fortæller, at han ikke føler sig dømt så hårdt, når heroinen er ordineret af en læge: "Så er man patient og ikke bare narkoman". Enkelte patienter fortæller, at overvåget injektion under ordnede forhold giver en god tryghed, da de ellers frygter at få en overdosis, fordi injektion af heroin er så tabubelagt, at mange skjuler det og tager det alene, hvilket øger risiko for dødelig overdosis. En patient fortæller: "På klinikken er der nogle der kan holde øje med en". Der synes dog gennemgående at være en del udfordringer ved opstart i sundhedsfaglig behandling, som særligt omhandler optrapning i DAM, hyppigt fremmøde, tæt observation og overvåget indtag af metadon. Længden af optrapning synes at variere; en patient fortæller om 14 dage på metadon inden opstart, mens en anden fortæller om tre dage og en om fire måneder. En patient synes det var hårdt at sidde en time i en hel uge efter han havde fået DAM: "Man venter rigeligt i forvejen, så det var hårdt", og en patient forstår ikke, hvorfor han skulle sidde en time til observation i opstarten, når han "bare skulle have heroin i tabletform". En patient foreslår, at man i højere grad bør tilpasse den sundhedsfaglige behandling til den enkelte person. Udfordringer ved opstart i behandling afspejles også i interview med personale og ledere, som beskriver, at krav om opstart i metadonbehandling i starten af indskrivning kan medføre, at nogle patienterne stopper, både fordi de bruger andre stoffer uden for behandling og derfor ikke kan tåle metadon, og fordi de ikke kan få stillet deres trang til at injicere. Dette har pt. medført overvejelser om mulighed for at starte op på en lav dosis heroin. Endelig beskriver lederne generelt, at de ikke oplever mange overdoser (**se også afsnit 4.10**).

Sikkert indtag og personlige præferencer. Gennemgående er patienterne mere positive ift. selve behandlingsforløbet, og fremhæver især mulighed for at få rene stoffer på lovlig vis, at sygeplejerskerne hjælper med injektionsteknikker og at de kan vælge mellem injektion (IM og IV) og tabletter. En patient fortæller fx, at hun får IM, da hendes årer er dårlige, og hun gerne vil gemme de friske årer hvis hun skal på hospitalet – en anden fortæller, at han har nåleskræk og får tabletter i stedet. Patienternes forskellige præferencer afspejles også i forskellige ønsker til indtag: Nogle oplever det er utrygt, hvis personalet på forhånd har trukket DAM op i sprøjten - en patient fortæller fx, at han har angst, og efter mange år med gadestoffer gør det han tryk at se, at det er det rette indhold, der bliver trukket op til ham. Andre ønsker modsat, at DAM er trukket op på forhånd og at sprøjterne ligger klar, bl.a. fordi det giver mindre ventetid. Nogle få patienter fortæller om præferencer, der ikke kan opfyldes i behandlingen, fordi de foretrækker at ryge heroin og derfor ønsker spray-behandling for at undgå at injicere. En patient fortæller her at have prøvet at smugle sine DAM-tabletter ud for at kunne sniffe dem, men er stoppet med det, da personalet opdagede det. På flere klinikker beskriver både personale og ledere ligesom patienterne vigtigheden i at undervise og vejlede i injektionsteknikker (en af de mindre klinikker fortæller dog, at der ikke tilbydes undervisning, men vejledes efter behov). Der udtrykkes dog også en oplevelse af mangel på fleksibilitet ift. at kunne veksle mellem behandlingsformer, fx når en patient ønsker at kombinere injektion og tablet ifm. udtrapning eller at veksle mellem at injicere IM og IV, selvom patienterne vurderes som "vanvittigt stabile". Samtidig synes der at være en vis variation mellem klinikkerne ift. regler om indtag; personalet på en klinik fortæller fx, at de ikke giver strenge regler om, hvordan der injiceres, fx hvordan patienterne vender nålen. På tværs af klinikker nævnes også, at DAM i tabletform kan være et dårlig alternativ for patienter, der har røget heroin, og der ønskes et alternativ til disse patienter, evt. i form af en spray.

Dosis og rus. Balancen mellem sikker DAM-dosis og nogle patienters ønsker om rus fylder meget i alle beskrivelser af den sundhedsfaglige behandling. Mens nogle patienter er tilfredse med dosis, fortæller flere, at dosis er for lav og kun lige holder dem "kørende". En del vil gerne kunne nyde den rus, de oplever, herunder også at kunne lukke øjnene når de har injiceret. På flere klinikker nævnes en oplevelse, af at en del patienter er meget tilfredse med at få lov til at nyde rus, og at flere i forbindelse

med dette får 'tale-pres', hvilket kan give gode samtaler. På tværs af klinikker fortæller særligt sundhedspersonalet dog, at der ofte kan opstå uenighed om dosis, når patienten gerne vil have rus, som giver lav puls og lavt iltoptag og de ikke kan forsvare det. En sygeplejerske oplever her, at det fungerer godt med en form for selvmonitorering, hvor hun laver iltmålinger og vejtrækningsmonitorering på patienterne i de 20 minutter i observation (OBS) efter injektion, og nogle gange beder patienter om selv at tjekke med ilt-målingssystemet og registrere, når den bliver for lav.

Skift i dosis. Flere patienter fortæller, at det kan være svært med de skift i dosis, der kan forekomme. Særlige kritikpunkter involverer for mange skift i personalets vurdering af dosis og oplevelse af negativ forskelsbehandling. Særligt kritiske patienter beskriver, at det er drastisk, at personalet nedsætter dosis, fordi det kan betyde, at patienten forlader behandlingen og en siger, at personalet har meget magt fordi de kan reducere dosis, og at patienterne ikke har noget at sige til deres forsvar, så reduktionen kan opleves at fungere som en straf. På en anden klinik er de i gang med en "oprydning" ift. dosis og virkning, da det var for kaotisk og muligt for patienten at få ændret doser med kort varsel, så det nu kræver mere at få ændret dosis. Dette har dog skabt en vis utilfredshed blandt patienterne. På en klinik er sygeplejerskerne til tider uenige med lægerne om en det er værd at sætte en patient ned i dosis, hvis de vurderer, at en lidt højere dosis er acceptabel, og hvis alternativet er, at patienten tager noget heroin illegalt efter den sundhedsfaglige behandling. På tværs af klinikker fremhæver lederne vigtigheden af en stærk sundhedsfaglighed kombineret med, at personalet er gode til at informere og snakke med patienterne om de løbende justeringer af dosis, så det i videst muligt omfang ikke fører til utilfredshed og konflikter. Dette kræver en god dialog, så patienterne forstår rationalet bag: "Når du gør det her, så får det den her virkning". Nogle steder fremhæves det, at lægerne er meget dygtige og gode til at snakke med patienterne om justeringer i behandlingen, fx ift. udlevering af DAM-tabletter i stedet for metadon til eftermiddagen, hvis en patient har andre samtaler og er presset ift. de to fremmøder. En leder oplever pt. manglende overblik ift. om læger og sygeplejersker har samme holdning til behandling, fx ift. hjemtag af medicin, og arbejder på mere klarhed og overvejelser over de valg, der træffes.

Stofbrug ved siden af behandling. Flere patienter fortæller, at det er positivt, at de gennem behandling med lægeordineret heroin har fået mulighed for at trappe ned i andet stofbrug. En patient fortæller fx, at han næsten er stoppet med sit kokainbrug og til gengæld "ryger lidt tjald", hvilket har givet ham mere ro. Andet stofbrug udgør dog også en central faktor i patienternes og personalet samarbejde og forhandling om balancen mellem DAM-dosis og rus, hvor en god relation og tillid til personalet er vigtigt for at støtte åbenhed omkring patienternes stofbrug. En patient fortæller fx, at personalets praksis med at dele hans dosis op, hvis de er i tvivl om hans stofbrug (han får halvdelen til start og den anden del senere), gør det lettere at være ærlig, end hvis han risikerer, at den sundhedsfaglige behandling reduceres, mens andre ikke tør være åbne om deres stofbrug, fordi de er bange for at blive reduceret i dosis. En fortæller fx, at han efter at have reduceret sin dosis meget, godt kunne tænke sig at blive påvirket: "Den del er ikke væk endnu." Da han har en meget høj tolerance over for heroin, fortæller han ikke personalet, at han tager en masse benzodiazepiner om morgenen, inden han kommer. Patienternes fortællinger afspejles også i personalets og ledelsens oplevelse af, at patienternes åbenhed om stofbrug ofte er relationsbestemt og er større, når deres stofbrug har mindre indflydelse på medicindosis, fx ved brug af kokain, mens brug af benzodiazepiner holdes mere skjult. De beskriver samtidig en generel oplevelse af, at stofbrug ved siden af behandling med lægeordineret heroin er udbredt, og ofte udgør et supplement til behandling med lægeordineret heroin, når patienternes ønsker om rus er større end hvad behandlingen kan tilbyde. Dette synes generelt at være

accepteret, så længe patienterne kan indgå i rammer for samarbejde om behandlingen og den sundhedsfaglige behandling kan tage højde for det på forsvarlig vis. I den forbindelse nævner flere, at de oplever, at administration af DAM er blevet mere fleksibel, så de i højere grad kan tilrettelægge dosis fra dag til dag og tilpasse den til patienternes aktuelle tilstand og stofbrug. Andre udtrykker dog kritik af manglende retningslinjer ift. vurdering og behandling af patienter med en alkoholpromille. Som en del af samarbejdet omkring dosis og andet stofbrug understreger flere vigtigheden i at forklare patienterne, hvordan deres stofbrug påvirker dosis, herunder at undervise i samspil mellem stoffer og DAM og hvorfor de scorer højt på DAM, når de er i anden medicin. En leder fortæller fx: "Du får jo ikke noget ud af fortælle en hvad han ikke skal gøre". Det nævnes dog også, at da der er forskel på patienternes og personalets dagsordener og forståelse af risikoadfærd ifm. stofbrug, kan det være svært at forklare, hvorfor personalet passer på patienterne på en måde, som de kan opleve som en begrænsning. Nogle ledere oplever også, at det er vigtigt, at personalet har kendskab og forståelse for, hvilke konsekvenser patienternes liv uden for behandling har for deres ønsker og måde at være på i behandlingen.

Scoring og rus. En stor del af diskussion om dosis og rus mellem patient og personale synes at omhandle opioidscoreingssystemet, som anvendes i den sundhedsfaglige behandling. Nogle patienter udtrykker tilfredshed, men flere utilfredshed, med scoringssystemet. En patient fortæller fx, at det er fint med scoringssystemet, fordi det er til for ens egen skyld - selv vil han gerne være dækket og lidt påvirket og det fungerer godt for ham. Andre synes det er udfordrende, når personalet med udgangspunkt i scoringssystemet ikke tillader dem at opleve en vis rus. En patient fortæller bl.a. om sin nervøsitet, fordi han hver dag ikke ved, om han bliver scoret for højt til at kunne få sin dosis og en, at "scoringsskemaet er forbandet" og at en sygeplejerske har set sig sur på ham og scorer ham for højt" og "så skal dosis deles". På flere klinikker kritiserer personalet, at opioidscoreskemaet ikke er blevet opdateret i den tid behandling med lægeordineret heroin har eksisteret og oplever det er forældet. Skemaet beskrives ofte som meget rigtigt og begrænset ift. indflydelse på, om en patient skal reducere dosis eller ej, hvilket er frustrerende, da de observerer patienterne hver dag og derfor kan vurdere dem tæt. Et kritikpunkt er bl.a., at hvis det vurderes, at patienten kan tåle dosis og iltmætningen er fin, kan de alligevel være nødt til at sænke dosis pga. skemaet. Dette kan have store konsekvenser for patienten og være enerverende, når den medicinske nødvendighed for nedjusteringen er uklar og kan udfordre relationen med patienten. Flere fortæller derfor, at de prøver at arbejde 'rundt om' skemaet, hvilket er et dilemma, da det står i retningslinjerne, at det skal følges. Personalet på en klinik nævner, at der er blevet strammet op på skemaet, mens andre nævner, at scoreskemaet ikke passer til behandling med lægeordineret heroin. På en klinik fortæller personalet, at lægen har indført nye scoringsskemaer, der er bedre, bl.a. fordi der er forklaringer til.

Observation efter indtag (OBS). OBS nævnes særligt af patienterne. Nogle af patienterne kan ikke forstå de eksisterende procedurer og finder dem meget og unødigt omstændige; fx undrer det en patient, at to personer skal se, om han har slugt sin tablet. En anden patient synes, at der er for få borde i fixerummet og for lang ventetid, fordi andre er skæve og efter hans mening burde komme i OBS, mens en fortæller, at man ikke kan sidde og nyde sin "skævert," fordi personalet holder øje og sætter dosis ned, hvis man virker for påvirket. En anden patient mener det ville være godt, hvis de, som under Covid-19, kunne få lov til at gå efter 10 minutter, hvis de har det godt. Blandt de patienter, der får tabletter, er der nogle, der ikke bryder sig om og ikke synes det giver mening hverken medicinsk eller socialt, at sidde til OBS sammen med dem, der injicerer. En anden patient, der også bruger tabletter, sidder i OBS for hyggenes skyld. Nogle patienter nævner ubehag, når der er for meget uro i OBS'en. Personalet synes særligt at være opmærksomme på balancen mellem hensyn til patienternes forskellige behov i OBS, fx, at det kan være nødvendigt at vise hensyn til patienter med psykiatriske

diagnoser, så som PTSD, som har svært ved uro. En nævner også, injektioner skal overvåges, men synes godt man kan gøre det anderledes med tabletbehandlingen.

7.4.1. Somatik og psyke

Fokus på patienternes somatiske og psykiske problemer udgør et vigtigt område i behandling med lægeordineret heroin. Flere patienter oplever det er positivt, at behandlingen giver lettere adgang til sundhedspersonale, og flere understreger særligt betydningen af kontakt med læge.

Somatik. Der tilbydes en del forskellige indsatser inden for somatik (se også afsnit 4.7). Nogle patienter fortæller, at de bl.a. får hjælp til gener forbundet med den sundhedsfaglige behandling, fx magnesiumtabletter til at modvirke mavegener, mens andre får hjælp til somatiske problemer, fx at holde øje med infektionstal efter lungebetændelse, samt hjælp til kontakt og opstart i behandling uden for klinikken. Personale og ledere beskriver ligeledes om et stort fokus på at afdække og behandle patienternes somatiske problemer, både helbredsproblemer forbundet med stofbrug (fx hepatitis og andre infektioner) og almen helbredstilstand, men også ved at tjekke recepter og sikre, at de fx får oprettet konto på apoteker og bestilt og udleveret deres medicin. Det er uklart i hvor vid udstrækning opgaverne deles med egen læge, men en leder fortæller, at hvis egen læge ikke formår at "tage opgaven" eller patienterne mødes med telefon-kø og tid om 14 dage, overtager klinikken, fordi de ser patienten hver dag og ser tilstanden forværres. Det økonomiske aspekt nævnes af samme leder, der fortæller, at de nogle gange, når de fagligt kan forsvare det, prioriterer at betale de 80 kroner til hjertemedicin, hvis kaotiske patienter ikke vil bruge penge på det. Samme leder udtrykker ønske om, at patienterne kan få betalt livsvigtig medicin som en del af behandling med lægeordineret heroin, fordi det understøtter den gode og vellykkede behandling, og at fokus på patienternes helbred indgår som en del af en større omsorg, som også omfatter, at de er klædt nok på efter årstid og får drukket nok væske når det er varmt. Både personale og ledelse fortæller, at en vigtig del af den sundhedsfaglige behandling er at fungere som brobyggere til eksterne sundhedsfaglige instanser, så som at følge patienter til lægen, tandlæge, sygehus, udredning, scanninger mm. - patienterne har ofte en negativ erfaring med kontakt med relevant systemkontakt, hvorfor det ofte prioriteres at samarbejde bredt.

Mentalt helbred. Der tilbydes en del forskellige indsatser inden for mentalt helbred (se også afsnit 4.7). Flere patienter fortæller, at de har psykiske problemer, og nogle, men ikke alle, at de får hjælp til kontakt og opstart i relevant behandling. En patient fortæller fx, at den stabilitet han har opnået i behandling med lægeordineret heroin betyder, at han nu får hjælp i lokalpsykiatrien og at lægen hjalp med henvisningen: "Det kan være svært og komme ned og mærke de dybe traumer, hvis man er påvirket af et eller andet." Han fortæller også, at hans kontaktperson tager med ham og at det er rart. En anden fortæller, at en læge fra behandlingen har hjulpet ham med at blive henvist til psykiatrien, men at de ikke kunne hjælpe ham fordi hans OCD var så slem. En patient fortæller, at han er kommet i et godt forløb på klinikken, som retter sig mod psykiske problemer og traumer. I tråd med patienternes fortællinger, beskriver personale og ledelse egne tilbud til patienternes psykiske problemer, men der nævnes også mangel på relevante strukturerede individuelle forløb og gruppeforløb. Nogle nævner, at det kan være vigtigt at være opsøgende og presse lidt på for at motivere patienterne for denne del af behandlingstilbuddet. Generelt fremhæves vigtigheden af, at den sundhedsfaglige del er god til at prioritere samarbejde med eksterne samarbejdspartnere, fx psykiatri (F-ACT, APU, distriktpsychiatri nævnes) og afsoning, bl.a. ift. afledte ændringer i medicinsk behandling. Der er dog en oplevelse af, at kontakt og samarbejde med psykiatrien kan udfordre, særligt når patienterne har et aktivt stofbrug og fordi psykiatrien er presset. Af ressourcemæssige grunde varetages aktiviteter ifm. somatik og psykiatri forskelligt på klinikkerne, men synes ofte at ske midt på

dagen mellem den sundhedsfaglige behandling, og personalet på flere klinikker udtrykker udfordringer ift. at have tid nok til at handle på patienternes behov.

7.5. Socialfaglig behandling

Patienterne vurderede den psykosociale behandling mellem 0 til 10 (gennemsnit 7,4). Personalets vurderinger lå mellem 0-9,5 (gennemsnit 6) og ledernes mellem 4-8,5 (gennemsnit 7,2). Vurderingerne afspejler således den største variation inden for de adspurgte temaer i den kvalitative undersøgelse og peger på store forskelle inden for alle målgrupper ift. oplevelse af, hvorvidt den sociale behandling møder patienternes behov og hvilke ressourcer klinikkerne har til denne del af behandlingen (**se også 7.6. og 7.7**).

Bred vifte af hjælp. Der tilbydes en del forskellige indsatser inden for den socialfaglige behandling (**se også afsnit 4.7**). Nogle patienter fortæller, at de ikke har brug for den sociale del af behandlingen, men ved, at muligheden er der. Samtidig fortæller mange, at de får meget hjælp, som bl.a. omfatter anskaffelse af telefon, mit-id, betaling af regninger, huske tid hos psykolog, familierelationer, kontakt med Kriminalforsorgen. En patient fortæller, at personalet har hjulpet ham ud af et "bureaukrati-helvede", og at det er vigtigt for ham, at de hjælper med at gøre det ukompliceret, da han ikke altid har overskud og giver op på alt det, der skal ordnes. En anden fortæller om meget besvær med jobcenteret: "Det fungerede forfærdeligt", fordi de ikke forstod hvorfor hun ikke kunne arbejde, og hvor personalet hjalp med at forklare hvad det vil sige at være indskrevet i behandling med lægeordineret heroin - det tog flere år at nå frem til i det ressourceforløb, hun er i nu, som også har givet hende en ny omgangskreds udenfor behandlingen.

Både personale og ledere udtrykker generelt et stort fokus på den sociale del af behandling med lægeordineret heroin som en afgørende del af den skadesreducerende indsats. En leder beskriver det som, at behandling med lægeordineret heroin ikke "bare er en parkeringsplads", og at det sociale fokus ofte kræver en intensiv indsats i starten, fordi patienterne mest har fokus på den sundhedsfaglige behandling og at de derfor over tid skal arbejde med at se behandling med lægeordineret heroin som mere og bredere. Som ratingerne afspejler, er der stor forskel på oplevelsen af, om den sociale del møder patienternes behov, og om der er allokeret nok ressourcer til denne del, men der synes at være forskellige indsatser på tværs af klinikker, som ofte involverer voksenstøtte og praktisk støtte ift. de områder, som også afspejles i borgenes fortællinger ovenfor. En leder oplever, at der er mange møder med andre samarbejdspartnere, men ved ikke hvordan kvaliteten af indsatsen er, da det ikke altid dokumenteres lige så klart som sundhedsfaglige indsatser. Noget personale oplever, at de nogle gange pådrager sig opgaver ud over deres arbejdsområde, fordi kommunen er en kæmpe arbejdsplads og de ikke altid ved, hvor de skal henvende sig. Flere klinikker beskriver dog, at rammerne i behandlingen kan gøre det vanskeligt at varetage den sociale del af behandlingen (**se afsnit 7.6. og 7.7**).

Aktiviteter. Der er ikke lavet et systemisk overblik over aktiviteter forbundet med behandling med lægeordineret heroin i denne undersøgelse, men vores interview peger på en vis forskel antal og typer af aktiviteter på de enkelte klinikker, herunder hvor ofte der er varm mad. Flere patienter fortæller om den sociale betydning af at komme på klinikken, mens andre savner aktiviteter og muligheder for sport og ture ud af huset (**se også afsnit 7.3.2**). Mens patienter, der ikke kan nå hjem mellem åbningstider, i højere grad nævner dette, er der også andre patienter, der ønsker større mulighed for sociale

aktiviteter. En patient fortæller fx, at der førhen var flere sociale tiltag så som cykelværksted og malerværksted og en, at en stor udskiftning i personalet har betydet nedgang i aktiviteter.

Både personale og ledelse understreger, at mulighed for at indgå aktiviteter er vigtige for, at patienterne "kan sætte noget i stedet", men der synes også at være en del forskel ift. hvordan det prioriteres i praksis - flere klinikker fortæller dog om café, brugerråd og sociale arrangementer så som sommerfest, og der er en oplevelse af, at en del af patienterne har venner i behandlingen, enten fordi de kender dem før indskrivning, eller bliver venner efter indskrivning. Gennemgående udtrykkes der dog ønsker og behov for flere tilbud til patienterne i tiden mellem de to åbningstider, og noget personale udtrykker ønske om at komme mere væk fra matriklen sammen med patienterne og evt. møde dem i eget hjem, mens andre tænker meget på, hvordan de kan bringe værdighed ind i patienternes liv. Dette fokus balanceres samtidig med et fokus på, at behandlingen ikke skal erstatte andre meningsfulde fællesskaber og aktiviteter, som støtter inklusion i samfundet. En klinik beskriver i den forbindelse, at der er pt. arbejdes med at styrke patienternes sociale liv uden for behandling, bl.a. gennem sundhedsfællesskaber, sport, SAND og andre brugerorganisationer, mens flere fortæller, at de ofte støder på lovgivningsmæssige begrænsninger ift. mulighed for beskæftigelse. Personalet på en klinik fortæller, at praktikanter nogle gange kan hjælpe med indsatser, som er vigtige, men som der ikke er ressourcer til, fx at lave og støtte aktiviteter så som badminton, bordtennis mm. og være mere med patienter, der oplever ensomhed - nogle nævner også, at de nogle gange spørger om en patient kunne have interesse i at have en frivillig ven/hjælper.

Indflydelse og hjælp til selvhjælp. Der er både stort fokus og stor variation i hvordan patienterne, personale og ledelse oplever patienternes indflydelse på deres behandlingsforløb. Som beskrevet i nogle af de ovenstående afsnit er det tydeligt, at rammerne for særligt den sundhedsfaglige behandling, stiller store krav til kommunikation og samarbejde mellem patienter og personale. Dette afsnit omhandler derfor den mere generelle oplevelse af at have indflydelse på behandlingen. En patient, der spørges, om han oplever at have indflydelse på sin behandling, svarer fx: "Ja, for søren da. Der er ikke noget der bliver trukket ned over hovedet på én." Samtidig fortæller en del patienter, at de nogle gange har indflydelse, og at der lyttes til dem, men at det i sidste ende kommer an på behandlerne. En patient siger fx: "Det har man til dels. Man kan sige sine ønsker og de lytter, men i sidste ende bestemmer de." Flere af disse patienter fortæller også om muligheden for at "brokke sig" på fællesmøder, men da det tit er få, der deltager, ender deres forslag nogle gange med at blive stemt ned pga. en overvægt af personale på møderne. En mener derfor, at der skal være krav om fremmøde, da hun oplever, at andre brokker sig, men ikke kommer til møderne, hvor der er mulighed for at få indflydelse. Særligt lederne nævner også disse **patientmøder**, som en mulighed for at inddrage patienterne, men særligt nævnes også samtaler ved genindstillinger til behandlingen, hvor det er vigtigt, at patienterne deltager aktivt og er med til at formulere mål for den kommende periode.

Endelig beskrives stort fokus på hjælp til selvhjælp og på at finde en god balance mellem at gøre behandlingen til et godt sted at være, samtidig med, at det ikke 'overtager' patienternes sociale liv, men at patienterne støttes i at engagere sig i livet uden for behandlingen. En klinik oplever at gøre meget for og sammen med patienterne, herunder at gennemgå patienternes egne mål med behandlingen hver tredje måned: "Vi ønsker at give dem empowerment, og støtte dem til at tage styringen med eget liv." Flere beskriver dog, at det kan være en udfordring, at bestræbelsen på hjælp til selvhjælp gør, at mange patienter nok kunne ønske mere hjælp og ikke altid synes de får, hvad de har behov for. På en klinik er der fokus på at være fleksible, men også løbende tale om, hvad der er akut og hvad der ikke er, så de ikke "løber med alt". En medarbejder på en anden klinik fremhæver, at behandlingen er et trygt sted for patienterne at øve sig i at overholde aftaler, og at det derfor er godt,

at personalet "ikke står til rådighed hele tiden" - en anden sagde: "Vi skal ikke gøre patienterne afhængige af os".

7.6. Personale

Som beskrevet i de foregående afsnit, har personaleforholdene en stor indvirkning på hvordan behandling med lægeordineret heroin opleves i hverdagen. Dette af spejles også i, at patienterne ratede personalets betydning af kvaliteten i behandlingen mellem 5-10 (gennemsnit 8,4). Til sammenligning vurderede personale og ledelse hhv. personaleressourcer og kompetencer til at møde patienterne og deres behov hhv. mellem 2-9 (gennemsnit 6,3) og "2-10 (gennemsnit 8,7). Også her peger vurderingerne således på en stor variation i, hvordan patienterne oplever kvaliteten af behandlingen, og hvordan personale og ledere oplever personalet muligheder for at tilbyde en kvalificeret behandling. Nedenfor fremhæves vigtige faktorer som synes at gå igen på tværs af grupper.

Viden og kompetencer. Flere patienter oplever, at personalet er dygtige, har mange kompetencer, og at de får den hjælp, de har brug for. En patient fortæller fx, at hvis hun fx har svært ved nogle ting, så snakker de det igennem og at hun derefter går derfra, tænker over tingene og oplever, at hendes situation forandrer sig. En anden oplever, at personalet er meget dygtige til at fange patienterne, inden de kommer ud i en uønsket situation, og at sygeplejerskerne er så dygtige at man ikke kan snyde dem: "Det er en dum hund, der bider den, der fodrer den". Nogle patienter oplever dog ikke, at personalet har kompetencer til at møde deres behov. Variationen afspejles også blandt ledere og personale på de forskellige klinikker. Hvor nogle beskriver en oplevelse af høj faglighed og prioritering af relevante kurser, efteruddannelse, sparring og supervision, fortæller andre i højere grad om manglende kompetenceudvikling og om at være udfordrede på at opleve et fagligt solidt grundlag for det arbejde de udfører, fx manglende viden om patienternes psykiatriske diagnoser og hvordan de indgår i udfordrende eller alvorlige samtaler med dem. Nogle nævner en oplevelse af, at sygeplejerskerne i den lægeordinerede heroinbehandling ikke prioriteres i samme grad og godt kunne have behov for nogle af de samme kurser som de socialfaglige, fx Motiverende Samtaler og kognitiv terapi, fordi de ofte udgør patienternes primære kontakt og derfor har mange uformelle samtaler med dem. Derudover efterspørges der for, hvor personalet kan dele og diskutere nye behandlinger og nyt på området.

Ressourcer og tid til positiv kontakt. Patienterne understreger også betydningen af, at personalet er venlige og viser dem respekt, og at de er imødekommende og har tid til dem. En patient fortæller, at han holder af personalet og at de er menneskeligt forstående: "De er der bare for en. De behandler os godt". En anden fortæller: "Det er godt at man ikke bare er en vare - man kan mærke mennesket bag og deres engagement. Det skaber tryghed". Gennemgående beskriver patienterne det som meget positivt, når personalet er tilgængeligt og opsøgende, og når de sjældent aflyser aftaler. En patient oplever, at personalet er gode til at "fange ham i nuet", i stedet for at lave aftaler frem i tiden, hvilket er godt fordi han husker dårligt. En oplever, at personalet er tilgængelige i det omfang deres arbejdsdag tillader det: "Når de har mulighed for det, tager de sig af dit problem med det samme her og nu. De går meget ud over det, man kan forvente. Der er ingen stivhed i tilbuddet". Flere fortæller dog om aflysning af aftaler og manglende opfølgning på forespørgsler, når personalet er presset. En patient fortæller fx, at når de siger "det kigger vi på på torsdag" og det ikke sker føler han, at de er ligeglade med ham. Der synes her at være en gennemgående opmærksomhed og accept af, at der altid vil være nogle, som patienterne kan bedre med end andre. Enkelte er dog meget kritiske overfor personalet, hvilket også ofte er de samme patienter, som fortæller om meget negative oplevelser i den

sundhedsfaglige behandling. En patient oplever fx ikke en tæt relation til personalet og de er oprigtigt interesserede i, hvordan han har det: "Man kan høre på deres toneleje... du er jo bedøvende ligeglad, du stiller mig spørgsmålet, fordi du har det i din jobbeskrivelse, at du skal." Han snakker derfor ikke med dem, men med en rådgiver et andet sted, hvor han deler sine følelser og problemer.

Denne kontakt kan dog udfordres af stor udskiftning i personalegruppen og ved personalemangel. En patient fortæller fx, at han har brug for at opbygge en vis tillid med personalet, fordi "stofmiljøet er så hårdt som det er", og at det er svært, når der er så meget udskiftning. En oplever et hul i behandlingen fordi hans behandler er stoppet og endnu ikke er erstattet, og en, at hun ikke snakkede "ordentlig" med nogle fra personalet i 8 uger, da hendes behandler var sygemeldt; hun har nu fået en behandler, som hun fungerer godt med, men fortæller, at det kan tage op til 14 dage at få en samtale og at hendes behov kan være akutte ift. at få løst et problem: "Så kan det godt være lidt svært." En patient fortæller, at der ved personalemangel kun lukkes 13 ind i klinikken ad gangen, hvilket resulterer i, at "der står 30 mennesker ude foran, og at nogle begynder at råbe og skrike skynd jer, skynd jer". I de tilfælde går han derfra. Både personale og ledere er meget opmærksomme på, hvordan ressourcerne på den enkelte klinik indvirker på deres mulighed for at møde patienternes behov bedst muligt.

Når der er tilstrækkelige ressourcer, styrker det mulighed for at være tilgængelige og opsøgende og i højere grad fungere som kontaktperson og facilitere den rette hjælp til patienterne. Flere klinikker beskriver dog også manglende ressourcer til at møde patienternes behov, og særligt sundhedspersonalet fortæller, at hvis der kun er 3-4 på arbejde, har de ikke tid til at facilitere samtaler med patienterne i løbet af den sundhedsfaglige behandling, selvom de oplever, at de er mest tilgængelige her, eller, at de må aflyse aftaler fordi de selv eller lægerne er pressede. Det nævnes fx, at det er hårdt, når patienten har det svært, og personalet må sige "undskyld, vi er nødt til at vente til i eftermiddag", hvorefter patienten måske ikke dukker op. Manglende ressourcer udfordrer også mulighed for at imødekomme patienter, der til tider kan kræve en del af personalet; fx fortæller personalet på en klinik, at en gruppe patienter, der begår massiv kriminalitet og lever kaotisk, kan være svære at nå. En foreslår at frigøre en ansat i udleveringstiden, så vedkommende ikke har en fast funktion, men er tilgængelig for patienterne. En klinik beskriver, at de ikke længere har et udkørende team. Derudover nævnes det flere steder, at dokumentation og afdækning "æder rigtig meget tid".

7.7. Sundhedsfagligt og socialfagligt sigte

Både personale og lederne har generelt fokus på at udvikle processer og indsatser til at sikre kvaliteten i behandling med lægeordineret heroin, som involverer både et sundhedsfagligt og socialfagligt sigte. Der beskrives en generel opmærksomhed på, hvordan ressourcer bedst muligt udnyttes, så behandlingen bedst muligt imødekommer patienternes udfordringer. En leder udtrykker: "Det kunne være godt, hvis det socialfaglige var et krav, da sundhedsfaglig behandling alene ikke er nok for at opnå positiv forandring i patienternes livssituation". Flere af stederne har særligt fokus på at koble den socialfaglige behandling mere op på den sundhedsfaglige behandling, bl.a. gennem et mere samlet sundheds- og socialt sigte i handleplanen, og gennem brug af en bred screening (bl.a. MapPlan).

Alle ledere understreger således et stort fokus på faglig diversitet, da patienternes behov kan involvere en bred personalegruppe. Der er dog forskel på sammensætning af fagligheder på de enkelte klinikker: Nogle klinikker har kun sundhedsfagligt personale, andre har både socialt- og sundhedsfagligt

personale direkte tilknyttet behandlingen (se også 4.6.), og prioriteringer af forskellige faggrupper varierer mellem klinikker. Forskel mellem klinikker afspejles også i forskellige efterspørgsler på øget faglig diversitet på de forskellige klinikker; fx ønsker personalet på nogle klinikker flere pædagoger for at styrke fokus på at guide patienternes og ”lægge muligheder frem”, en anden klinik understreger behovet for at få ansat en socialrådgiver, som kan hjælpe patienterne ift. at navigere i det offentlige system, mens en klinik har særligt fokus på det sundhedsfaglige personale og bl.a. sigter på at ansatte flere sygeplejersker, da der pt. er flest sosu-assistenten.

Efterspørgslen på faglig diversitet forbindes ofte med variationen i de opgaver, der er i forbindelse med selve behandlingen. På en klinik fortæller personalet fx, at selvom samarbejdet med det socialfaglige tilbudsteam anses som vigtigt, mangler der socialfaglige ansatte i selve behandlingen; fordi det socialfaglige personale er tilknyttet hele rusmiddelcenteret, er det ofte sygeplejerskerne i behandlingen, der har den tætteste kontakt og det primære ansvar for patienterne. Da de oplever, at patienternes kontakt med det socialfaglige indsatssteam kan være svingende og afhængig af den enkelte behandler, medfører dette således en oplevelse af, at deres roller og arbejdsopgaver kan være meget flydende ift. hvad der udgør deres egen kernefaglighed og tilstødende opgaver af mere socialfaglig karakter. Nogle udtrykker således ønske om socialfagligt personale, der udelukkende er tilknyttet behandlingen med behandling med lægeordineret heroin, og som kan være ”på gulvet” i injektionstiden, da det er et godt tidspunkt at etablere en god kontakt med patienterne. Det sundhedsfaglige personale på en anden klinik fortæller i den forbindelse, at drømmescenariet for dem ville være at have en socialrådgiver, en psykolog og to læger, da det vil frigive dem hænder til andre vigtige sundhedsfaglige opgaver. På en anden klinik fortæller personalet, at den tværfaglige sparring styrker den samlede behandlingsindsats, fordi de er gode til at aftale internt ”hvem der har den”. Samtidig udtrykkes der generelt en opmærksomhed på mangel på læger inden for området og en oplevelse af, at flere yngre læger gerne vil arbejde på området, men at efterspørgsel på sundhedspersonale generelt er stor i Danmark, og at det er uklart, om behandling med lægeordineret heroin her kan konkurrere med lægernes arbejdsvilkår inden for andre hjælpesystemer.

Personalets fokus på balancen mellem sundhedsfaglige og socialfaglige kompetencer i behandlingen afspejler sig også hos flere ledere. En tidligere leder beskrev fx betydningen af en lige fordeling mellem det sundheds- og socialfaglige personale for at øge tværfaglig praksis, styrke medarbejdertrivsel gennem en fælles forståelsesramme, samt styrke patienternes oplevelse af sammenhæng i behandlingen. Samme leder pointerede dog også, at det kunne udfordre nogle blandt personalet i deres forståelse af egen kernefaglighed, og at denne tilgang derfor ikke tiltrak alle. På en anden klinik er der siden undersøgelsesperioden sket et lederskift, som har medført en udviklingsproces ift. behandling og personaleforhold, først under en konstitueret leder, og nu en ansat leder. Da klinikken i kraft af det aktuelle lederskift må forventes at undergå en ny proces, er det ikke muligt at beskrive de aktuelle prioriteringer i denne rapport. En konstitueret leder på en anden klinik fortalte om et mere generelt fokus på at øge personaletrivsel og faglig nysgerrighed overfor den enkelte patient, herunder at udfolde mere accept af, og interesse for, grunde til patienternes adfærd og handlinger, fx at stofbrug kan være en måde at finde den bedst mulige balance ift. behandling i stedet for at tænke, at patienterne ”snyder”.

Økonomi. Balance i personalesammensætning og prioriteringer af faggrupper og indsatser er også et spørgsmål om hvilke muligheder de økonomiske ressourcer giver. Både personale og flere ledere udtrykker ønske om flere ressourcer til at ansætte flere faggrupper, fordi de oplever, at den måske

vigtigste del af indsatsen foregår "rundt om" den sundhedsfaglige behandling som følge af patienternes psykosociale belastninger. På en klinik nævnes det, at indsatsen også påvirkes af sygeperioder (der giver personalemangel) og takster, der gør at personalet nogle gange er mere pressede end andre. Nogle ledere fremhæver særligt, at det er en udfordring, at regler for normering følges af penge, hvilket medfører usikkerhed ift. de økonomiske rammer for ansættelse af nok personale til at møde patienternes behov, samtidig med, at personalet kan blive presset, fordi de ved, der kan være behov for at reducere i ansatte ved færre indskrevne patienter. I forbindelse med dette peger mange på udfordringen i, at bopælskommunerne finansierer dele af den sociale del af behandlingen, hvor flere fx oplever, at nogle af bopælskommunerne ikke vil betale, hvad der anses for at være nødvendigt for at kvalificere den helhedsorienterede behandling på klinikken. En leder fortæller fx, at en bopælskommune afslog at betale for den sociale del af behandlingen og selv ville varetage den, selvom patienten ikke kommer på kommunens rusmiddelcenter og er en af de patienter med mest brug for socialfaglig behandling.

7.8 Resumé

Hovedresultater og fortolkning

I denne del opsummeres centrale fund fra den kvalitative del af rapporten. Det er tilstræbt at inddrage punkter, der beskriver kompleksiteten i behandlingen, men der henvises til resultatafsnittet for en mere detaljeret gennemgang af det enkelte område.

Overvejelser, drømme og mål forbundet med opstart i behandling

- Patienterne beskriver store belastninger op til start i behandling med lægeordineret heroin, ofte karakteriseret ved massivt stofbrug, injektion, fysiske, psykiske og sociale belastninger, problemer med bolig og økonomi, gæld, kriminalitet og prostitution.
- Drømme og mål for opstart i behandling involverer ofte: 1) At komme ind i nogle faste rammer med sikkert og lovligt indtag af heroin, 2) Hjælp til at reducere eller stoppe stofbrug, 3) Forbedring af livssituation og livskvalitet, herunder somatik og psyke, sociale relationer, økonomi og boligsituation. Ønskerne styrkes ofte i løbet af behandlingen.

Processen frem til opstart

- Der opleves at være flere barrierer for indskrivning i behandling. Disse kan inddeles i:
- Strukturelle barrierer: 1) Visitation til behandling opleves af nogen som langsommelig og kompliceret af indviklede procedurer, særligt ved indskrivning fra andre kommuner, 2) Krav om længde af indskrivning i traditionel substitutionsbehandling før indskrivning i klinik, 3) At behandling med lægeordineret heroin anses som en sidste udvej, 4) At behandling med lægeordineret heroin ikke kan være førstevalg for patienter med kompleks historik, 5) At patienterne ikke kan være selvhenvendende.
- Individuelle barrierer: 1) Fordomme og stigma om behandling med lægeordineret heroin blandt patienter, pårørende og i stofmiljøer, relevante behandlings- og rehabiliteringsregi og i samfundet, 2) Manglende viden og information om muligheder i behandling med lægeordineret heroin blandt henvisere i kommuner og andre instanser.
- Behandlingsmæssige barrierer: 1) Inklusionskriterier udfordrer ofte målgruppe for behandling, da patienter, som potentielt kan få gavn af behandlingen, ikke altid opfylder krav om fx stabilt brug af benzodiazepiner, lavt alkoholbrug, fravær af aktiv psykisk lidelse 2) Udfordringer ift. at afsætte ressourcer til lægers opgaver ifm. visitation, indskrivning og opstart i behandling, 3) Geografisk placering af klinikker (transporttid) og åbningstider, 4) Nye målgrupper, fx patienter som ryger heroin, der ikke kan behandles inden for de nuværende rammer.

Velkomst og introduktion til behandling er vigtig

- Det er vigtigt, at velkomsten og stemningen er rar og imødekommende
- Det er vigtigt, at introduktion til behandlingen forklarer rammer og regler, og at processen er respektfuld og foregår på patienternes præmisser.

Rammer/organisering af behandling

- En central placering kan øge tilgængelighed, men også modstand i nærområdet, mens placeringer med et større opland i højere grad kan udfordre fremmøde i behandling.
- Der kan være fordele ved, at behandling med lægeordineret heroin er placeret sammen med resten af rusmiddelcenteret, da det kan styrke tværfagligt samarbejde og deling af faglige opgaver samt patienternes oplevelse af sammenhæng i behandlingen.
- Indretning af behandlingen er på flere klinikker udfordret på manglende plads for behandlingens forskellige funktioner.

Åbningstider og adgang til behandling

- Ventetid inden og mellem åbningstider udfordrer en del patienter, hvor manglende mulighed for at opholde sig på klinikken især udfordrer dem med lang transporttid.
- Lodtrækning om kø-plads kan reducere "handel" om kø-pladser, men betyder også, at usikkerhed ifm. ventetid, hvilket vanskeliggør planlægning af andre aktiviteter og ikke giver mulighed for, at meget abstinente patienter kan få hurtigere medicinering.
- Nogle patienter, personale og ledere ønsker en tredje åbningstid om aftenen. Et andet alternativ, der nævnes er, indenfor rammen af dagens åbningstider at tilbyde langtidsvirkende peroral morfin til flere patienter til natten, som kan indtages på klinikken sammen med dagens DAM.

Stemning og håndtering af regler og sanktioner

- Det har stor betydning, at patienterne er glade for at komme i behandlingen og oplever det som "deres sted", og at de føler sig trygge og oplever en god stemning og kommunikation mellem hinanden og med personalet.
- Dårlig stemning opstår ofte ifm. konflikter patienterne imellem eller med personalet og forbindes ofte med mangel på personaleressourcer, da det øger arbejdspress, mindsker god kontakt med patienterne og mulighed for at samle op på akutte behov.
- Regler og sanktioner opleves i vid udstrækning som positive, når de er forudsigelige, gennemskuelige og hjælper med at skabe rammer og ro på klinikkerne.

Sundhedsfaglig behandling

- Krav i opstartsfasen kan udfordre patienterne, herunder tidsperiode for optrapning i DAM, fremmøde, observation efter DAM, overvåget indtag af metadon og at få stillet deres trang til at injicere. Nogle afslutter derfor behandling før tid.
- Undervisning i injektionsteknikker og mulighed for valg mellem indtag af DAM fremhæves som positivt. Patienternes forskellige behov kan dog også udfordre fleksibilitet i behandling, fx ift. injektionspraksis og skift mellem IM og IV eller skift mellem injektion og tablet.
- Balancen mellem sikker dosis og ønsker om rus kan medføre dilemmaer og konflikter mellem patienter og personale og kræver et godt samarbejde og tid og kompetencer til at vedligeholde en god relation og kommunikation.
- Scoringssystemet kan udfordre samarbejde og opleves som rigtigt. Patienterne udfordres særligt på indflydelse på dosis og personalet på mulighed for at inddrage klinisk vurdering i det enkelte forløb. På en klinik (Odense) er der indført nyt scoringsskema, som synes at virke tilfredsstillende.
- På trods af et generelt fald i stofbrug som følge af indskriving i behandling, synes stofbrug ved siden af behandling at være udbredt, da patienternes stofhistorik og ønsker om rus kan medføre, at de fastholder stofbrug som supplement til behandlingen.
- Nogle patienter er åbne omkring stofbrug, mens andre ikke er, særligt når det har direkte indflydelse på dosis, fx ved brug af benzodiazepiner.

Somatik og psyke

- Afdækning og behandling af somatiske og psykiske problemer udgør et vigtigt område i behandlingen og involverer mange indsatser, fx rettet mod skader relateret til stofbrug, almen helbredstilstand, psykiatiske symptomer, stofudløste psykoser, men også at sikre patienterne får deres medicin.

- Der synes generelt at være udfordringer ift. dække disse områder, som bl.a. skyldes mangel på læger og sundhedspersonale, samt relevante tilbud internt og samarbejder eksternt.
- Der er stort fokus på brobygning og samarbejde med eksterne aktører, da mange patienter overvældes af sagsgange og har en negativ erfaring med sundhedssystemet.
- Af personale- og ressourcemæssige grunde varetages indsatserne forskelligt på klinikkerne.

Socialfaglig behandling

- Socialfaglig behandling udgør en vigtig del af den helhedsorienterede indsats. Ofte indgår voksenstøtte og praktisk støtte til opgaver, der kan udfordre patienterne, samt samarbejde med eksterne aktører.
- Det er forskelligt, hvad den socialfaglige behandling involverer og hvilke ressourcer klinikkerne har til denne del. Noget personale oplever, at de pådrager sig opgaver ud over deres arbejdsområde og mangler overblik over, hvor de skal henvende sig.
- Der beskrives generelt en mangel på mulighed for at indgå i aktiviteter med indhold mellem de to åbningstider på klinikkerne, hvilket ofte forbindes med manglende personale/personaleudskiftning og ressourcer.
- Fællesmøder på klinikkerne udgør vigtige fora for patientindflydelse, men synes udfordret ift. patientfremmøde og patienternes oplevelse af reel indflydelse.

Personale

- Høj faglighed og kompetencer prioriteres højt, men på nogle klinikker opleves udfordringer ift. at have nødvendige ressourcer og kompetencer til at møde patienternes behov.
- Personalet har forskellige oplevelser af krav og udbud af relevante kurser, efteruddannelse, sparring og supervision. Særligt sygeplejerskerne efterspørger kompetencer til at varetage den nære kontakt og uformelle vigtige samtaler med patienterne.
- Der efterspørgeres fora, hvor personalet kan dele og diskutere nye behandlinger og nyt på området.
- Der er fokus på at udvikle processer og indsatser, der sikrer kvaliteten i behandling gennem et øget integreret sundhedsfagligt og socialfagligt sigte, bl.a. gennem handleplanen og en bred screening ved opstart i behandling.
- Faglig diversitet opleves at styrke den helhedsorienterede behandling. Klinikker med sundhedsfagligt personale udtrykker særligt ønske om socialfagligt personale, både pædagoger og socialrådgivere, mens en klinik har mål om at ansætte flere sygeplejersker, da der pt. er flest sosu-assistenter. Flere steder har udfordringer ift. ansættelse af læger.
- Personalesammensætning og prioriteringer af faggrupper og indsatser hænger tæt sammen med økonomiske ressourcer, og der udtrykkes generelt et ønske om mulighed for at ansætte faggrupper, der kan styrke den sociale indsats.
- Regler for normering medfører usikkerhed ift. de økonomiske rammer for ansættelse af nok personale til at møde patienternes behov og kan presse ift. sikkerhed i ansættelse.
- Det er en udfordring, at bopælskommunerne finansierer dele af den sociale del af behandlingen, da nogle kommuner ikke vil betale hvad der kræves for at tilbyde en kvalificeret helhedsorienteret behandling på klinikken.

8. Forsøg med hjemtag af lægeordineret heroin

Dette afsnit af rapporten præsenterer en litteraturgennemgang af ordning med hjemtag (tag-med-hjem) af lægeordineret heroin. For at uddybe emnet præsenteres der i de følgende afsnit information om konteksten samt aktuel litteratur.

Begrænsninger for denne litteraturgennemgang: Følgende afsnit om ordning med hjemtag af lægeordineret heroin undersøger et nyt og eksperimentelt område med begrænset evidens, og skal ikke anses som værende vejledende for klinisk praksis. Der eksisterer ingen randomiserede kontrollerede forsøg (guldstandard i forhold til at undersøge effektivitet og sikkerhed af en behandling) inden for ordning med hjemtag af lægeordineret heroin. De nuværende erfaringer de i undersøgelser, som er medtaget i dette afsnit, stammer fra selekterede grupper af "stabile patienter" fra to lande, og hvor termet "stabil patient" ikke er præcist defineret. Disse erfaringer er på det nuværende grundlag ikke tilstrækkelige til at kunne blive udbredt til en bredere gruppe af patienter. For at nå dertil er der behov for en solid evidensbase, især grundet de risici som hjemtag af lægeordineret heroin også medfører. Disse risici såsom mistet medicin, videresalg/videregivelse og misbrug af medicin kan være underestimeret i undersøgelserne. Dertil kan der være udfordringer i forhold til at svække behandlingsalliancen, reducere mulighed for støtteindsatser samt en risiko for fragmentering mellem det psykosociale og det sundhedsfaglige behandlingstilbud. Udfordringer ved selve implementeringen af ordningen er også kun kort beskrevet i undersøgelserne. Følgende bør dette afsnit læses som en informativ men foreløbig oversigt, og kan ikke danne basis for kliniske eller politiske beslutninger. Klart definerede kriterier, en solid risikovurdering og yderligere forskning er nødvendige for at en implementering kan anbefales.

De overvågede behandlingsforhold er traditionelt et af kernepunkterne i behandling med lægeordineret heroin. Det sikrer patientsikkerhed under selv-administration af DAM, især da det kliniske personale giver injektionshjælp, men uden dog direkte at engagere sig i administrationsprocessen (46). Overvågning gør det muligt for personalet at følge patienterne under og efter administration og straks gribe ind i tilfælde af bivirkninger (tegn på forgiftning, overdosis eller åndedrætsproblemer), hvilket bidrager til behandlingens effektivitet. Korrekt screening før hver administreret dosis er også afgørende, da det kan reducere antallet af bivirkninger efter dosering. Den strukturerede styring med regelmæssige klinikbesøg ansporer patienterne til at organisere deres dagligliv og giver en følelse af rutine (15, 47). Derudover sikrer det hyppige møde med personalet en vedholdende kontakt og mulighed for levering af andre indsatser (48, 49), ligesom det fremmer et støttende miljø, som er afgørende for behandlingens relationelle komponent (15, 50).

Men kravet om dagligt fremmøde i forbindelse med behandling med lægeordineret heroin nævnes ofte af patienter i målgruppen som en hindring for deltagelse (49, 51). Patienter har udtrykt utilfredshed med det høje niveau af kontrol (15). Det daglige fremmøde opfattes som besværligt, idet det påvirker fritid og økonomi samt komplicerer tilrettelæggelsen af tilværelsen uden for behandling i forhold til beskæftigelse og uddannelsesmuligheder, livsbegivenheder og relationer (47). Det skal dog bemærkes, at de fleste behandlingsprogrammer med lægeordineret heroin har indført rutiner med alternative medicinbehandlinger (metadon, langtidsvirkende peroral morfin) for at tage højde for disse specifikke omstændigheder.

Under COVID-19-pandemien blev sundhedssystemerne tvunget til at eksperimentere og forny sig i deres behandlingstilbud. Som reaktion på nedlukninger og restriktioner lempede flere lande deres regler omkring substitutionsmedicin for at opretholde kontinuiteten i behandlingen og sikre effektiv abstinenshåndtering (52, 53). Dette skifte gav en mulighed for at samle evidens i forhold til anvendeligheden af behandling med hjemtag af medicin og fremhævede betydningen af patienternes selvbestemmelse i deres valg af substitutionsbehandling og dens form, ligesom det i nogle tilfælde udfordrede traditionelle antagelser om regler for hjemtag af medicin.

Den udvidede ordination af metadon og buprenorphin til hjemtag skete sideløbende med, at der blev en voksende evidensbase angående sikkerhed, ved ikke-overvåget indtag, som viste positive, gavnlige resultater med kun begrænset indikation om øget illegalt medicinindtag eller overdoser (54-56). Dog steg metadonrelaterede overdosisdødsfald blandt personer udenfor substitutionsbehandling under COVID-19-nedlukningen i England markant i forhold til den årlige prognose for 2020, og det understreger de potentielle risici, der er forbundet med reduceret overvågning (57). Forskning i ordning med hjemmetag af lægeordineret heroin er foreløbig meget begrænset. Indtil videre er der ikke evidens fra randomiserede, kontrollerede studier, der undersøger ordning med hjemmetag af lægeordineret heroin. Dette afsnit gennemgår den eksisterende litteratur om hjemmebehandling med lægeordineret heroin, der i øjeblikket kun findes i to lande (Schweiz og Canada) i begrænset omfang.

8.1 Ordning med hjemtag med lægeordineret heroin i Schweiz

Baggrund

Før COVID-19-pandemien tillod schweizisk føderal lov undtagelsesvis ordning med hjemtag af lægeordineret heroin, typisk begrænset til perorale tabletter og med strenge udvælgelseskriterier (58). Praksis omkring behandling til hjemtag varierede betydeligt mellem centrene. Før pandemien skulle patienter opfylde fire kriterier for at kvalificere sig til op til to dages DAM til hjemtag:

- Minimum 6 måneder med uafbrudt behandling med lægeordineret heroin
- Stabil sundhed og social tilstand
- De to seneste urinprøver negative for andre stoffer end DAM
- Lav risiko for misbrug

Den nuværende lov fastholder tre af de fire opstillede kriterier, undtaget er det om urinprøver (59).

For at reducere antallet af klinikbesøg tillod Forbundsrådet i Schweiz under pandemien, at læger kunne udvide DAM til hjemtag til op til syv dage. Læger, der ordinerede fire eller flere dages doser, skulle kontakte patienterne to gange ugentligt for at sikre, at de overholdt behandlingsplanen. Tvivl om overholdelse medførte, at privilegierne blev trukket tilbage.

En regeringsanalyse fra 2021 viste, at 18 ud af 22 klinikker med behandling med lægeordineret heroin anmodede om tilladelser til at udvide med DAM til hjemtag, og 587 patientansøgninger blev godkendt, hvilket ca. svarer til 40 % af alle patienter i behandling med lægeordineret heroin (60). Dog betyder godkendelse ikke nødvendigvis, at en udvidet udleveringsordning bliver gennemført. De fleste klinikker

begrænsede bestemmelserne om hjemtag af DAM til et mindretal, og hos kun to klinikker over halvdelen af deres patienter en ordning med hjemtag af DAM.

Ifølge en online undersøgelse blev primært peroral DAM brugt i ordningen om hjemtag. Kun to centre med behandling med lægeordineret heroin tilbød også DAM i injicerbar form til hjemtag (60). Hvis patienter ikke brugte deres fulde injektionsdosis på klinikken, kunne de få lov til at tage resten med hjem. Klinikledere antyder, at injicerbar DAM til hjemtag ikke blev tilbudt, fordi det var "historisk tabu", samt at der var en manglende bevidsthed om, at injektionsbaseret medicin til hjemtag var tilladt. Logistiske udfordringer blev nævnt (f.eks. mangel på præpakkede doser, behovet for omhyggelig forberedelse og opbevaring samt behovet for afkøling), samt at klinikker med behandling med lægeordineret heroin kollektivt havde aftalt at ordinere hjemtag af DAM i tabletform.

Nuværende situation

Schweiz gik fra den specielle tilladelse til en regulær lov. I øjeblikket anviser loven, at DAM generelt skal administreres i en godkendt klinik under direkte supervision, men at det også kan administreres hjemme eller af passende eksterne institutioner og leveres i specielt mærkede daglige doseringer af en erfaren læge eller delegeret person. Ud over hjemmeadministration testede enkelte kantonen som led i kampen mod COVID-19 for første gang udlevering via apoteker – overordnet med en meget positiv erfaring.

Kriterierne for at tage DAM med hjem til op til syv dages brug er fortsat gældende. Den krævede behandlingsperiode på seks måneder kan reduceres, når det er svært at fremmøde regelmæssigt på klinikken på grund af komorbiditeter eller af erhvervsmæssige årsager. I særlige tilfælde kan op til en måneds forsyning udleveres, hvis patienten opfylder betingelserne om stabilitet og lav risiko for misbrug, er tilstrækkeligt stabiliseret og har behov for at rejse af personlige eller arbejdsrelaterede årsager.

De midlertidige COVID-19-foranstaltninger blev set som en demonstration af, at en udvidelse af hjemtag med peroral DAM kunne gennemføres, og de dannede dermed grundlag for ændringen i 2023. I denne periode blev der ikke nævnt nogen åbenlyse sundhedsrisici forbundet med en 7-dages forsyning. Men det blev også understreget, at DAM til hjemtag ikke bør betragtes som passende for alle patienter, men snarere er for tilstrækkeligt stabiliserede patienter, der ønsker mulighed for hjemtag. En mere forsigtig tilgang anbefales for patienter, der bruger injicerbar DAM.

Forskningsresultater

Forskere rapporterede om erfaringerne med DAM til hjemtag ved en specialiseret schweizisk universitetsklinik med ambulante behandling. Under den første Corona-nedlukning blev patientbesøg begrænset til ét om dagen, og der blev tilbudt peroral DAM til at tage med hjem. Før pandemien modtog 19 patienter DAM til hjemtag, og efter at have screenet relevante patienter blev yderligere 45 patienter ordineret hjemtag af DAM. De kunne vælge mellem udleveringsbesøg tre gange om ugen eller udlevering af DAM med op til syv dages medicin til hjemtag.

Udvælgelse af patienter og krav

For at udvide de forebyggende foranstaltninger til flere patienter blev de interne retningslinjer for udvælgelse genvurderet af personalet. Kravet om "social stabilitet" var ikke strengt defineret i loven og gav plads til et klinisk skøn. Fra en tidligere konservativ fortolkning (f.eks. krav om fast ansættelse)

blev kriterierne udvidet til at inkludere ledige patienters daglige aktiviteter, sociale miljø og familieengagement. Mellem slutningen af 2019 og midten af 2021 udløste de lempede regler for behandling med lægeordineret heroin en stigning af indskrivelser i behandling, hvor de ny indskrevne var blevet opmærksomme på de lempede retningslinjer. To patientgrupper tilpassede sig fint til de nye regler: dem, der allerede var kvalificerede, og tidligere afviste personer, der nu opfyldte de reviderede kriterier.

En retrospektiv artikel byggede videre på Meyers erfaring og sammenlignede effekten af en afgrænsning på syv dages hjemtag af DAM i forhold til den tidligere afgrænsning på to dage. Dette studie beskriver, at hvis medicin til hjemtag blev rapporteret tabt, blev yderligere medicin udleveret for at undgå abstinenser. Ordningen om hjemtag blev tilbagekaldt, hvis patienter krævede ekstra udlevering mere end to gange i løbet af tre måneder, hvis de fremstod i somatisk eller mental ustabil tilstand eller der var mistanke om videresalg eller videregivelse. Disse patienter skulle så besøge klinikken dagligt i mindst en måned.

I løbet af den etårige periode opretholdt 80 % af patienterne deres udvidede ordning med hjemtag og håndterede deres 7-dages udleveringsordning tilfredsstillende. Der blev fundet sammenhæng mellem regelmæssig brug af injicerbar DAM med tab af ordning med hjemtag af DAM. At være i behandling med peroral DAM samt samtidig behandling med andre lægemidler (f.eks. benzodiazepiner, antidepressiva) havde ingen væsentlig indflydelse på ordningen. Patienter med ordination af injicerbar DAM repræsenterede den mest sårbare gruppe med hensyn til muligheden for ordning med hjemtag af peroral DAM (61).

Patientudbytte og -tilfredshed

I begge studier tilpassede størstedelen af patienterne sig hurtigt og var tilfredse med deres nye ordninger og rapporterede god overholdelse af reglerne (58, 61). I Brezan et al. (2024) rapporteres der ingen negative resultater: ingen stigning i akutte indlæggelser på grund af psykiatriske eller somatiske lidelser, og ingen tilfælde af overdosis. Mange patienter rapporterede forbedringer i livskvalitet, især på grund af den øgede daglige frihed og især hos dem med fleksible arbejdstider. Andre fandt det lettere at engagere sig i fritidsaktiviteter, dagsture eller familiebesøg. Patienterne satte stadig pris på hyppige klinikbesøg for at få hjælp med administration og hygiejne samt for at få struktur og kontakt.

I løbet af den retrospektive undersøgelses to faser var der ingen væsentlig ændring i doseringen af DAM (61). Der var ingen bemærkelsesværdige ændringer i hyppigheden af ambulant behandling med antibiotika eller antallet af akutte indlæggelser. Frekvensen af fængselsindsættelser forblev konstant gennem perioden. Forfatterne erkender, at COVID-19-restriktionerne kan have påvirket resultaterne, idet patienter potentielt søgte mindre sundhedsfaglig kontakt eller opsøgte sundhedspleje uden for klinikken (f.eks. praktiserende læge). Undersøgelsen rapporterede seks dødsfald blandt patienterne i undersøgelsesperioden; dog kunne der på grund af dens retrospektive design ikke drages nogen konklusioner om dødelighed.

Et mindretal af patienterne (identificeret i to subgrupper) udtrykte utilfredshed. En subgruppe, der var vant til at injicere flydende DAM to gange om dagen, rapporterede alvorlig stoftrang, manglende motivation og koncentrationsbesvær. Tabletterne gav ikke den ønskede "rus", så patienterne bad ofte

om at vende tilbage til de to daglige klinikbesøg. Nogle af disse patienter fortalte, at de for at håndtere den nye situation engagerede sig i højrisikoadfærd såsom brug af illegal heroin eller injektion af opløste DAM-tabletter derhjemme.

Den anden subgruppe, der havde en ordning med hjemtag af DAM på grund af pandemiforholdene, bad om højere daglige doser. For at imødekomme dette tilbød personalet yderligere peroral langtidsvirkende opioidbehandling til hjemtag eller hyppigere klinikbesøg med mulighed for peroral eller injicerbar DAM.

Et lille antal patienter fik deres ordning om hjemtag af DAM afbrudt på grund af videresalg eller skødesløs håndtering af tabletter. De, der angav at have mistet deres medicin, fik deres perorale DAM erstattet med et peroral langtidsvirkende opioidpræparat, når de ikke indtog medicinen på klinikken.

Der var ingen konkrete beviser for en stigning i brud på reglerne under pandemien (58). Ud fra det schweiziske føderale statistikcenter og den kantonale anklagemyndighed blev der ikke observeret flere overdoser eller en stigning i uregelmæssigheder eller konfiskation af stoffer. Muligheden for medicin-hjemtag kan reducere patienternes behov for at skulle erhverve sig illegale stoffer; dog forbliver der en risiko for, at DAM finder vej til det sorte marked, og der kræves betydelig selvdisciplin fra patienternes side.

8.2 Behandling med lægeordineret heroin i Canada

Baggrund

I flere canadiske provinser er injicerbar substitutionsmedicin tilgængelig, enten med DAM eller, mere almindeligt, med hydromorfon, et akut smertestillende opioid (62, 63). Skønt alle de canadiske substitutionsbehandlingsprogrammer med injicerbar medicin har forskellige udleveringsordninger, tilbyder de alle hydromorfon, og kun ét program tilbyder DAM.

Som svar på COVID-19 udstedte de canadiske reguleringsmyndigheder kliniske retningslinjer, der tillod eller udvidede oral substitutionsbehandling, herunder med langtidsvirkende perorale opioidpræparater samt hydromorfon-tabletter. Derudover blev injicerbar substitutionsmedicin som hjemtag også inkluderet, omend med strenge reguleringer og udelukkende for patienter, der isolerede sig selv i godkendte faciliteter.

Næsten alle klinikker med behandling med injicerbar substitutionsmedicin foretog ændringer i deres behandlingstilgange, som når for eksempel ændringer i patienternes behandling blev foretaget ved at skifte patienter fra injicerbar substitutionsmedicin til peroral medicin (nogle gange med mulighed for hjemtag af medicin). Desuden rapporterede to klinikker om udlevering af hætteglas med injicerbar hydromorfon til patienterne til hjemtag.

Nuværende situation

Fra maj 2023 rapporterede klinikkerne, at de udleverede injicerbar substitutionsmedicin til hjemtag, og skønt en udvidelse blev begrænset af administrative udfordringer, var der en lille gruppe patienter der indtog to af deres tre daglige doser i hjemmet.

Forskningsresultater

En artikel fra 2021 af Eugenia Oviedo-Joekes et al. præsenterede et casestudie af den første canadiske patient, der modtog injicerbar DAM til hjemtag (64). Patienten blev diagnosticeret med COVID-19 og var nødt til at isolere sig selv. Substitutionsklinikens personale arrangerede midlertidig bolig og leverede patientens sædvanlige medicin, herunder injicerbar substitutionsmedicin og langtidsvirkende perorale opioidtabletter. Medicinen blev leveret to gange dagligt af en farmaceut og en sygeplejerske, som også overvågede administrationen af injektionerne. Oviedo-Joekes et al. understregede, at patientens integration i behandlingen og stabilitet kunne være et grundlag for injicerbar DAM til hjemtag.

En kvalitativ undersøgelse, udført i Vancouver i 2020-2021, beskrev, hvordan patienter i substitutionsbehandling med injicerbar medicin under lægefaglig vejledning fik muligheden for at reducere hyppigheden af klinikbesøg, hvis de havde høj risiko for COVID-19-komplikationer (65). Disse patienter kunne vælge at få udleveret perorale doser til hjemtag (f.eks. langtidsvirkende peroral morfin; hydromorfon), eller de kunne få leveret medicin hjemme. Klinikkerne udviklede blandede behandlingsmodeller, der kombinerede en injicerbar medicinering på klinikken med peroral medicin til hjemtag. Den udgående indsats blev udvidet til også at omfatte levering af DAM til patienter, der havde isoleret sig selv på grund af COVID-19.

Dette pilot-program for medicin til hjemtag reducerede de to eller tre daglige besøg på klinikken til ét, afhængigt af klientens medicinering (dvs. DAM eller hydromorfon). Efter deres overvågede morgendosis hentede patienter en eller to doseringer direkte fra klinikens apotek til selvadministration senere på dagen. Derudover havde de mulighed for at hente værktøj til injektion, såsom kanyler, staseslange og desinfektionsservietter.

Udvælgelseskriterier

Deltagelse foregik efter først til mølle-princippet, hvor patienterne først udtrykte deres ønske om deltagelse overfor klinikpersonalet. Den ordinerende læge vurderede derefter, om betingelserne var opfyldt:

- 3-6 måneders erfaring med en stabil dosis af injicerbar substitutionsmedicin
- Møder regelmæssigt til overvåget medicinindtag
- Ingen nylig historik med komplikationer efter indtagelse af medicin
- Fremviser social, emotionel og kognitiv stabilitet baseret på den lægens vurdering
- Kan sikkert transportere og administrere sin medicin udenfor klinikområdet; og slutteligt vil have gavn af deltagelse i programmet

Som opfølgning fik de udvalgte patienter regelmæssige opfølgende konsultationer; i første omgang ugentlige, derefter månedlige. På tidspunktet for undersøgelsens start modtog 11 patienter medicin til hjemtag klinikken. Patientkapaciteten var begrænset, primært på grund af apotekets begrænsede ressourcer til at forberede præfyldte sprøjter til hjemtag.

De temaer, der udsprang af denne kvalitative undersøgelse, var følgende:

Livskvalitet og kontinuitet

Den reducerende hyppighed af klinikbesøg gav patienterne en større følelse af frihed, gav dem yderligere tid til at skabe daglige rutiner og planlægning (uden for klinikkens område) samt forfølge personlige ambitioner og dermed forbedre deres livskvalitet. Derudover gav det dem mere privatliv og flere muligheder for at kunne få et arbejde. Bedre tilgængelighed til behandling blev også nævnt af patienter, der boede langt væk og/eller var ramt af handicap, idet rejsetid og omkostninger blev skåret ned.

Autonomi og fleksibilitet

Selv-administrationen af medicin øgede patienternes autonomi og fleksibilitet, idet det gav dem mulighed for selv at styre dosering. At patienten havde flere muligheder i behandlingen førte til en mere langsigtet tilknytning til behandlingen, men samtidig værdsatte patienterne også at kunne opretholde kontakten med klinikken, hvor de kunne modtage fokuseret pleje og social kontakt.

Sikkerhed og omgåelse af regler

Deltagerne følte, at de kunne håndtere medicinen godt på egen hånd og tage forholdsregler m.h.t. at forblive udvise forsigtighed, hvad angår transport, opbevaring og administration af dosis (lav dosis, Naloxon tilgængelig, injektion foretaget med andre personer i nærheden). De nævnte ingen interesse i at videresælge medicinen, eftersom de selv havde brug for den. De nævnte ingen fordele ved at bryde reglerne, men var snarere opmærksomme på, at det kunne give bagslag i forhold til deres egen pleje. Derudover frygtede de, at deres egen evt. uhensigtsmæssige håndtering af medicinen kunne ødelægge muligheden for andre for at kunne få en ordning med hjemtag af medicin.

8.3 Andre landes overvejelser angående behandling med lægeordineret heroin

I Storbritannien indebærer det såkaldte "britiske system" mulighed for substitutionsmedicin i injicerbar form og ikke under overvågede forhold (66). Patienter får almindelige recepter og henter medicinen fra apoteker, nogle gange i betydelige dosismængder. For at reducere uregelmæssigheder har al medicin registreringsnumre, som skal returneres til apotekerne som forudsætning for nye recepter. Dette system tilbydes en begrænset gruppe patienter (beskrevet som lille og svindende) med kroniske sundhedsproblemer og som udviser stabilitet. Ordningen udelukker de højrisiko-stofbrugere, der normalt er målgruppen for behandling med lægeordineret heroin. Vurderingen overlades dog til lægen, og i vurderingen tages hensyn til sikkerheden for både individet og for samfundet. Tilgængeligheden til behandlingen varierer i de forskellige klinikker og påvirkes af lægernes holdning til behandlingen. På trods af lokale politiske uoverensstemmelser er der støtte til at opretholde og forbedre denne behandling. En lille undersøgelse i London i 2001 fandt ingen omgåelse af stofreglerne, ingen problemer omkring udlevering samt forbedringer i sundhedsmæssige og sociale forhold blandt deltagere, på kort sigt (67).

I bestræbelserne på decentralisering er der i Holland, Luxembourg og Tyskland en diskussion om muligheden for at integrere praktiserende læger og apoteker i udleveringsprocessen af DAM samt muligheden for overvåget hjemmeadministration (f.eks. af sygeplejersker). Disse initiativer forsøger at

finde en balance mellem patientautonomi og kontinuerlig opfølgning, men samtidig opstår der bekymringer omkring bæredygtighed. For eksempel har faldet i antallet af patienter i behandling med lægeordineret heroin i Holland rejst bekymringer omkring finansieringen af klinikkerne med behandling med lægeordineret heroin.

Patienter i Tyskland udtrykker forskellige meninger om daglige klinikbesøg: Nogle sætter pris på den støtte og stabilitet, det giver, mens andre anser det for at være besværligt og en hindring for hverdagslivet. Patienter argumenterer for muligheder for injicerbar medicin til hjemtag, men har imidlertid også bekymringer på vegne af de andre patienter, deres klinikkers muligheder for fortsat eksistens og deres egen fremtidige behandling. Forslag til forbedring af substitutionsbehandling med injicerbar medicin omfattede udvidelse af klinikernes åbningstid samt justering af hyppigheden af overvåget indtag. Der anbefales også yderligere forskning i form af en undersøgelse af alternative muligheder m.h.t. at udbyde substitutionsbehandling med injicerbar medicin.

På tværs af alle regioner er der en anerkendelse af de potentielle risici, der er forbundet med ordning med hjemtag af DAM, herunder videresalg og misbrug. Strategier til at afbøde disse risici og opretholde sikkerhed, stabilitet og behandlingsrelateret alliance inkluderer fjernovervågning og træning af patienter med henblik på at sikre en sikker administration og transport af medicin. Udleveringsordninger for personer med mobilitetsbegrænsninger, herunder under hospitalsophold, isolationsperioder eller hospicepleje, nævnes også.

8.4 Interesse for ordning med hjemtag af medicin i Danmark

I dansk kontekst blev personalet på klinikkerne spurgt om deres mening m.h.t. at tilbyde ordning med hjemtag af lægeordineret heroin. På spørgeskemaet om retningslinjer angav kun 9 af de 52 respondenter (17 %), at de mente, det skulle være muligt at tilbyde DAM-indtag i hjemmet. Deres udtalelser gav indtryk af en generelt forsigtigt støttende holdning m.h.t. at tillade en subgruppe af meget stabile og velfungerende patienter en ordning med hjemtag af peroral DAM.

I besvarelserne lagde to personer vægt på, at det bør ledsages af et krav om ikke at misbruge stoffer samt at have kontrolsystemer såsom urin- eller blodprøver for at sikre, at medicinindtaget svarer til det, der er udleveret. Én respondent efterlyste en forsøgsordning og mente, at denne tilgang kunne tilfredsstille patienternes ønske om større frihed og reducere deres afhængighed af daglige klinikbesøg. Desuden kan et forsøg give indsigt i, hvor meget patienterne ville gøre brug af denne mulighed, og hjælpe dem med at føle sig mere værdige som samfundsborgere. En anden respondent mente grundlæggende, at DAM til hjemtag burde være en mulighed, dog uden at komme med et bud på de nødvendige arbejdsgange, administrationsmåder eller varighedskriterier. Endelig udtrykte en respondent forvirring over restriktionen omkring DAM til hjemtag og argumenterede, at den kunne være kulturelt og socialt bestemt. Vedkommende påpegede, at andre medikintyper med tilsvarende misbrugspotentiale allerede er tilladt som hjemtag.

8.5 Resumé

Hovedresultater og fortolkning

Ordningen med hjemtag af lægeordineret heroin er i øjeblikket kun tilgængelig i to lande, under begrænsede omstændigheder og med strenge kriterier. Den praksis og erfaring, som bliver præsenteret i publikationer, vedrører primært hjemtag af peroral DAM. Mens der under COVID-19 var brug for tilpasninger med lægeordineret heroin som hjemtag for at forbedre tilgængeligheden, er der meget få, der bredt tilbyder dette til patienterne. På nuværende tidspunkt mangler der evidens fra randomiserede, kontrollerede studier af ordning med hjemtag af lægeordineret heroin, og der er fortsat begrænset evidens fra andre kilder.

Det eksisterende begrænsede og primært kvalitative evidensgrundlag tyder på, at både patienter og personale støtter en mindre restriktiv tilgang end den aktuelle. Et mindre antal af ansatte i den danske behandling med lægeordineret heroin reagerede positivt på en potentiel mulighed for hjemtag af medicin i forbindelse med behandling med lægeordineret heroin.

Ordning med hjemtag af lægeordineret heroin, også i injicerbar form, fremstår som en acceptabel og ønsket mulighed for nogle yderst få og stabile patienter. Dog bliver evidens omkring sikkerhed og effektivitet ved denne udvidelse af behandling ikke underbygget af en stærk evidensbase. Det vurderes ikke som et tilstrækkeligt evidensgrundlag, at enkelte ansatte eller patienter selv udtaler, at de ønsker en bestemt type behandling; eller at spredte forsøg, primært foretaget gennem kvalitative interview, peger mod, at de patienter, som har forsøgt en behandlingsmetode, er tilfredse med behandlingen. Det er vigtigt, at vidensgrundlaget for at tilbyde nye behandlingsmetoder er grundigt etableret, og at metoden som benyttes for at fremskaffe evidensgrundlaget er tilsvarende grundig, også for udsatte personer.

9. Styrker og begrænsninger

Selvom denne evaluering inkluderer flere datakilder for at minimere bias og inkludere flere perspektiver, har rapporten sine begrænsninger. For det første udførte denne evaluering ikke en cost-benefit-analyse, hvilket er en væsentlig faktor i forbindelse med denne mere intensive behandlingsmulighed. For det andet vurderer denne evaluering relevansen af de nuværende retningslinjer, men den tilbyder ikke anbefalinger til, hvordan man kan opdatere retningslinjerne. Sådanne anbefalinger ligger uden for rammen af denne rapport. Derudover ligger det uden for rapportens ramme at kontekstualisere og forklare alle resultaterne, selv om der gives fortolkninger og overvejelser i resuméet. I kapitel 4 er behandlingsorganisationen præsenteret på basis af rapporter fra kliniklederne. Deres overvejelser bygger på deres ekspertise og førstehåndserfaringer, men der kan være variationer i nøjagtighed og pålidelighed af oplysningerne på grund af personlig fortolkning eller unøjagtigheder i hukommelsen. Desuden kan de data, der leveres af klinikkerne, afvige fra de data, der tilbydes fra registerdata. Dette kan skyldes forskellige datapunkter, men kan også indikere uoverensstemmelser mellem register- og klinikdata. For eksempel synes det klart, at der var nogle patienter med afsluttet behandling, som ikke var blevet kodet som havende afsluttet deres behandling i IHM-registret. Dette vil medføre en tendens til at overestimere fastholdelsen i behandling, såfremt estimeringen alene baseres på registerdata.

At der benyttes flere perspektiver kan generelt ses som en styrke, men kommer også med sine begrænsninger. Undersøgelsens omfattende karakter resulterer i en lang rapport, hvor ikke alle fund kan blive tilstrækkeligt belyst og diskuteret. Derudover blev denne rapport udfærdiget over en periode på otte måneder, hvilket betyder, at der fandt flere ændringer sted inden for klinikkerne under rapportskrivningen.

En af styrkerne ved denne rapport er, at den har kunnet benytte sig af flere perspektiver, og at der blev inkorporeret kilder af forskellig art for at kunne give et omfattende overblik over behandlingen med lægeordineret heroin i Danmark inden for den afsatte tidsramme på 8 måneder. En komplementær tilgang med anvendelse af kvalitative og kvantitative metoder (mixed-methods) gør det muligt at få flere nuancer med ved fortolkning af fundene.

De kvalitative data indeholder også brugerperspektiver, både fra personalet som brugere af de kliniske retningslinjer og fra patienter som brugere af behandlingstilbuddet. Denne tilgang giver mere grundlæggende oplysninger om, hvordan behandlingen overordnet opleves. I tillæg hertil rummer den kvalitative undersøgelse i rapporten også patienter med forskellige funktionsniveauer, hvilket medfører et mere komplet billede, end hvis det blot stammede fra de velfungerende patienter. I kvalitative undersøgelser sker der i udvælgelsen ofte en favorisering af de bedst fungerende personer. I denne rapport har vi imidlertid aktivt rekrutteret og inkluderet patienter med varierende funktionsniveauer – og ikke kun dem, der var mest motiverede og villige til at dele deres indsigter og erfaringer med os. Denne tilgang gør vores analyse mere repræsentativ og giver en mere helhedsorienteret forståelse af oplevelserne blandt de danske patienter i behandling med lægeordineret heroin.

10. Sammenfatning og diskussion

I løbet af de sidste 15 år, hvor behandlingen har været tilgængelig i Danmark, har næsten 700 patienter modtaget behandling med lægeordineret heroin på de fem klinikker. På nuværende tidspunkt er der mindre end 200 patienter indskrevet i behandling.

Hovedformålet med denne rapport er at evaluere den danske behandling med lægeordineret heroin, herunder hvordan behandlingen har udviklet sig siden implementeringen i 2010, behandlingens udfordringer fra forskellige vinkler samt potentielle områder for forbedring, herunder i forhold til værdighed i behandlingen. Dette resumé indeholder nogle af de vigtigste fund og overvejelser.

Hovedfund 1: Behandling med lægeordineret heroin er et vigtigt alternativ for en udsat patientgruppe

Patienterne i behandling med lægeordineret heroin har en historik med store belastninger, som ofte er karakteriseret ved massivt stofbrug, injektion, fysiske, psykiske og sociale belastninger, problemer med bolig og økonomi, gæld, kriminalitet og prostitution. Ofte har der været mange og lange forløb i traditionel substitutionsbehandling, som ikke har virket optimalt, med et samtidigt stofbrug, ofte ved injektion.

Behandlingen synes at inkludere en belastet målgruppe som tilsigtet, og fungerer således som en vigtig tertiær behandlingsmulighed for patienter, hvor traditionel substitutionsbehandling ikke har givet tilstrækkelige resultater. Knap 5 % af den aktuelle totale patientgruppe i substitutionsbehandling er pt. indskrevet i behandling med lægeordineret heroin.

Patienternes drømme og mål for opstart i behandling stemmer på mange områder overens med formålet med behandlingen, og omhandler faste rammer med sikkert og lovligt indtag af lægeordineret heroin, hjælp til at reducere eller stoppe stofbrug, hjælp til forbedring af livssituation og livskvalitet, herunder somatisk og mentalt helbred, sociale relationer, økonomi og boligsituation.

Hovedfund 2: Faldende antal patienter i behandling med lægeordineret heroin

På trods af de positive tilbagemeldinger fra patienterne, er der et faldende antal af indskrivninger siden behandlingens start. Ingen af klinikkerne rapporterede at være på deres maksimale kapacitet, og der var ingen patienter på venteliste. Årsagerne til dette kan relateres til en række faktorer såsom udviklingen og brugen af yderligere traditionel substitutionsmedicin (f.eks. langtidsvirkende perorale opioidpræparater, depot buprenorphin, osv.), faldende antal af heroinafhængige personer, mangel på henvisninger og indskrivning i behandling med lægeordineret heroin, samt nye patientgrupper med en anden type opioidindtag (rygning og tabletter), som behandlingen ikke adresserer.

Den faldende tendens kan også indikere en lav samlet efterspørgsel efter behandling som kan skyldes flere faktorer, herunder ændringer i traditionel substitutionsbehandling. I 2024 rapporterede the European Union Drugs Agency (EUDA) om en kontinuerlig længerevarende nedgang i antal af personer i Europa, der blev indskrevet i behandling med lægeordineret heroin. Populationen i målgruppe for behandling med lægeordineret heroin er aldrende, og kun 18% af de nye indskrevne patienter angiver

injektion som indtagelsesmåde. Samtidig angiver de patienter, der har injektion som indtagelsesmåde, at de i tiltagende grad har et samtidigt brug af flere andre rusmidler, især centralstimulerende stoffer. Disse udviklinger blev ikke undersøgt nærmere i EUDAs rapport, men kan muligvis også være relevant i en dansk kontekst (68).

En væsentlig bemærkning er, at behandling med lægeordineret heroin udgør en tertiær behandlingsmulighed, og at de fleste patienter ideelt set skal behandles med den lavest mulige behandlingsintensitet og omkostning. Så hvis behandlingen sv.t de lavere intensitetsniveauer ved behandlingspyramiden er velfungerende og er en attraktiv behandlingsmulighed for målgruppen, vil konsekvensen være et mindre behov for behandling med lægeordineret heroin og derfor også færre indskrivninger. I sådant et perspektiv kan færre indskrivninger i behandling med lægeordineret heroin anses som værende positivt og ønskværdigt. Dette er især gældende, hvis, som angivet tidligere, de færre indskrivninger skyldes en nedgang i antallet af personer med heroinafhængighed, ændringer i indtagelsesmåden eller en øget brug af traditionel substitutionsbehandling. På den anden side kan færre indskrevne i behandling med lægeordineret heroin anses som være bekymrende, hvis det er på baggrund af en dalende kvalitet i den lægeordinerede heroinbehandling, udfordringer ift. at adressere nye relevante målgrupper, eller som følge af barrierer for opstart i behandling for relevante målgrupper (se **hovedfund 4** nedenfor).

En vigtig pointe er også, at selvom tilgangen til heroinbehandling er faldende, ser det ikke ud til, at fastholdelsen i behandling med lægeordineret heroin blandt i de indskrevne patienter er dalende over tid i Danmark.

Hovedfund 3. Organiseringen af behandling med lægeordineret heroin er veletableret og relativt ensartet mellem klinikkerne, mens der er variationer i brugen af socialfagligt personale og henvisninger til yderligere behandling

De fem klinikker havde variationer i deres organisering af behandling og personale, men samlet set virker organiseringen af behandlingen veletableret og relativt ensartet mellem klinikkerne. Klinikkerne har solide sikkerhedsprocedurer og overdoser er sjældne på klinikkerne, hvilket kan ses som en konsekvens af et passende fokus på sikkerhed. Den medicinske behandling er forholdsvis ens, men der var variationer i størrelsen af ordinerede doser DAM samt brug af forskellige lægemidler til natten. Derudover var organisering af bemandingen en hovedforskel, med variationer i brug af socialfagligt personale i selve behandlingen og inddragelse af særligt socialfagligt personale fra traditionel substitutionsbehandling.

Behandling med lægeordineret heroin fungerer som et centralt kontaktpunkt for patienterne med mulighed for at adressere en bred variation af sociale, mentale og sundhedsmæssige udfordringer. Selvom der indenfor den enkelte klinik også tilbydes behandling for andre lidelser end opioidafhængighed, såsom luftvejsinfektioner og hepatitis C, faciliterer klinikkerne som hovedregel også henvisninger til andre indsatser uden for behandling, eksempelvis i sygehus-regi mhp. yderligere behandling.

Fælles for alle klinikker er at de skal vurdere i hvor høj grad de selv tilbyder anden relevant behandling ved siden af behandling med DAM. Patienterne besøger klinikkerne to gange dagligt, hvilket giver mulighed for at igangsætte relevant behandling og opfølgning på lidelser udover opioidafhængighed.

Mens de regelmæssige klinikbesøg giver en værdifuld mulighed for at levere en mere omfattende behandling og støtte (sundhedsfagligt, psykosocial osv.), kan en mere centraliseret tilgang også belaste klinikpersonalet med ekstra ansvar og medføre behov for yderligere personalekompetencer og personaleressourcer. Derudover kan det tænkes, at en centralisering af behandlingen kan distancere patienterne fra deres praktiserende læge og andre essentielle indsatser uden for behandlingen og kan hæmme deres mulighed for at vælge andre indsatser uden for behandlingen, som potentielt kan støtte deres selvstændighed og bevægelighed.

Hovedfund 4: Der kan være flere barrierer for opstart i behandling

Der synes at være flere barrierer for opstart i behandling, som kan inddeles i: 1) Strukturelle barrierer, fx langsom og omstændig visitation, krav om længde af indskrivning i traditionel substitutionsbehandling, at patienterne ikke kan være selvhenvendende, 2) Individuelle barrierer, fx manglende viden og information om muligheder i behandling med lægeordineret heroin blandt henvisere i kommuner og andre instanser samt fordomme og stigma om behandling med lægeordineret heroin blandt patienter, pårørende og i stofmiljøer, relevante behandlings- og rehabiliteringsregi og i samfundet, 3) Behandlingsmæssige barrierer, fx snævre inklusionskriterier, manglende lægeressourcer ifm. visitation, indskrivning og opstart i behandling, 4) Geografisk placering af klinikker (transporttid) og åbningstider, samt 5) nye målgrupper, fx patienter som ryger heroin, der ikke kan behandles inden for de nuværende rammer.

Visitation til behandling opleves af nogle patienter som langsom og kompliceret af udviklede procedurer. En medvirkende faktor til dette er at tilstrækkeligt kendskab til patienten tager tid, samt at der, jvf. retningslinjerne, er flere procedurer i behandlingen, der skal foretages for at behandlingen kan udføres med tilstrækkelig sikkerhed og kvalitet. Dette inkluderer en stabiliseringsfase med metadon over flere dage, før behandling med DAM igangsættes.

Det kan være, at kravet i retningslinjerne til varigheden af stabiliseringsfasen kan genovervejes ved en evt. kommende revision af retningslinjerne. Ved en revision kunne det overvejes at åbne op for en mere individuelt baserede vurderinger, og herunder en mulighed for at afvige fra retningslinjen, hvis personalet finder det hensigtsmæssigt, og det er indenfor for rammen af forsvarlig og sikker behandling. Sådan en individuelt tilrettelagt behandling og øget fleksibilitet vil kunne omfatte både opstartsprocedurer samt nogle af inklusions- og eksklusionskriterierne i behandlingen med lægeordineret heroin.

Behandlingsdækning defineres som andelen af personer, der har behov for behandling (målgruppen), i forhold til de personer som i øjeblikket modtager behandling. Der er flere faktorer, der kan påvirke behandlingsdækningen. I øjeblikket fungerer klinikkerne med behandling med lægeordineret heroin adskilt fra det traditionelle substitutionsbehandlings-system. At reducere barrierer for behandling og samarbejde med traditionelle substitutionsbehandling kræver yderligere overvejelse og ligger uden for denne rapports omfang.

Hovedfund 5: Behandling med lægeordineret heroin ser ud til at forbedre resultaterne på en række områder, herunder fastholdelse i behandling, hospitalsindlæggelser, reduktion i stofbrug, risikabel injektionsadfærd og kriminalitet

Resultaterne viser, at patienterne i overordnet grad fastholdes i behandling. I gennemsnit var patienter indskrevet i behandling med lægeordineret heroin i cirka 5,1 år, og med en median på 2,9 år. For patientpopulationen aktuelt indskrevet i behandling med lægeordineret heroin er behandlingsforløbene af betydeligt længere varighed – dette kan dog skyldes registreringsproblemer, hvor en del patienter har afsluttet behandling med lægeordineret heroin, men hvor behandlingen ikke er registreret afsluttet i IHM-registeret.

En tolkning af fastholdelse i behandlingen for denne patientgruppe nødvendiggør flere overvejelser. Fastholdelse i behandlingen over længere tid kan anses som værende positivt, da det kan indikere, at patienterne har gavn af behandlingen og opnået en vis form for stabilitet, især set ud fra tilgangen ved skadesreduktion. På den anden side kan fastholdelse i behandlingen af længere varighed indikerer manglende progression mod et mindre intensivt behandlingsvalg, såsom traditionel substitutionsbehandling, hvilket for nogle er et angivet behandlingsmål. En fastholdelse i behandlingen af kortere varighed kan tolkes på flere måder: det kan reflektere et opnået behandlingsmål, hvor patienten overgår til en mindre intensiv behandlingstype; det kan også indikere utilfredshed eller ikke-mødte behov for patienten, hvis patienten selv afbryder behandlingsforløbet. Hvis klinikken vælger at afbryde et behandlingsforløb, pga. en behandlingstilgang fra patienten der er uforenelig med fortsat indskrivning eller tilsvarende problematikker, kan det indikere, at der er områder med potentiale for forbedring inden for eksempelvis patientstøtte og organisering af behandlingen.

Under behandlingen rapporterede patienterne generelt om en reduktion i brugen af alle stoffer, med den største reduktion i ulovligt heroinbrug. Dog var der en del, der fortsatte brugen af andre stoffer såsom kokain.

Patienterne rapporterede også en reduktion i dage med kriminalitet og risikabel injektionsadfærd i løbet af den tid, de var i behandling. Der var en halvering af hospitalskontakter relateret til deres stofbrug i det første år under behandlingen sammenlignet med årene op til, og indlæggelser på grund af overdoser faldt fra 3 % i året før indskrivning til 2 % i året efter indskrivning.

Samlet set rapporterede patienterne i behandling med lægeordineret heroin om en lav livskvalitet i relation til sundhed, da de påbegyndte behandlinger, og der blev ikke observeret nogen markante ændringer eller fremskridt over tid. Dette kan indikere, at udlevering af lægeordineret heroin ikke alene ændrer livskvalitet i relation til sundhed, men det kan også indikere, at det benyttede standardiserede måleværktøj (SF36) ikke fuldt ud opfanger disse ændringer. Derudover kan det indikere, at nogle af patienterne i løbet af behandlingen bliver opmærksomme på, hvor alvorlige deres livsbetingelser er, når de engagerer sig i at forbedre deres samlede livskvalitet (via uddannelse, job fx), og derfor vurderer deres livskvalitet i relation til sundhed lavt, selvom den er forbedret. En del af forklaringen kan også være, at der er tale om en aldrende patientgruppe, hvor der tilstøder flere andre lidelser, der påvirker livskvaliteten.

Samlet set kan der være en tilstrækkelig god grund til at tilbyde behandling med lægeordineret heroin til patienter, når man ser de positive resultater som følge af behandlingen, også selvom målinger på livskvalitet ikke viser bedring. I en fremtidig revision af dataindsamlingen for behandling med

lægeordineret heroin, kan det overvejes om andre standardiserede livskvalitetsmål er bedre egnede end SF36 (69).

Hovedfund 6: Personalet rapporterer, at de kliniske retningslinjer er nyttige og følges, men at der muligvis er dele af retningslinjerne med behov for opdatering

Personalet og patienterne har identificeret flere dele af retningslinjerne, der muligvis trænger til en opdatering, herunder udvidelse af adgangskriterier, tilbud om yderligere og relevant uddannelse af personalet, forbedret adgang til læger og mulighed for ordination af flere typer af lægemidler.

Selvom personalet i undersøgelsen beskriver, at retningslinjerne ikke er opdaterede, rapporterer de stadig, at de følger dem, selvom nogle også beskrev mulighed for fleksibilitet i de tilfælde, hvor de vurderede, at det var klinisk sikkert. Personalet rapporterer om et behov for at inkludere en mere individuelt tilrettelagt behandling med inddragelse af kliniske erfaringer inkluderet i retningslinjerne. Personalet kom med flere forslag til forbedringer og opdateringer af retningslinjerne; dog ligger det uden for rammerne af denne rapport at opdatere retningslinjerne.

Hovedfund 7: Rammerne for behandling påvirker fremmøde og udfordrer nogle patienters behandlingsbehov

Rammerne for behandlingen er i vid udstrækning velfungerende, men medfører også udfordringer. Resultaterne fra undersøgelsen viser, at tilgængelighed, særligt overskuelig transporttid til behandling, er afgørende, da det kan udfordre patienternes mulighed for at opbygge en hverdag med meningsfulde aktiviteter. Derudover viser undersøgelsen, at flere patienter, som kunne have gavn af behandlingen, afstår fra at søge behandling på grund af transporttid. På flere klinikker er indretningen af behandlingen udfordret mht. gode rammer for lokaler, hvor patienterne tilbringer vente/observationstid, samt på pladsmangel til klinikkernes forskellige indsatser. Længere åbningstider, mulighed for at opholde sig på klinikken mellem åbningstider, meningsfulde aktiviteter på klinikkerne mellem åbningstider og en tredje åbningstid om aftenen er efterspurgt af nogle patienter, mens personale og ledere særligt overvejer potentialet i en ekstra åbningstid om aftenen, bl.a. for bedre at kunne imødekomme patienter, hvor udlevering af metadon ikke fungerer optimalt.

De fleste klinikker er placeret i større byer, hvilket fører til vanskeligere tilgængelighed og større afstand til klinikkerne for dem, der bor udenfor byerne. Mens nogle patienter med klinikkernes hjælp kan rejse over større afstande for at nå den nærmeste klinik, stiller det stadig krav til disse patienter ift. at være velfungerende og stabile. Denne betydelige forskellighed for patienterne mht. tilgængelighed udfordrer målet om lige adgang til behandling. På den anden side er højt-specialiserede behandlingstyper i sundhedsvæsenet ofte centraliseret og samlet på få klinikker/sygehuse, så denne udfordring er ikke unik for behandling med lægeordineret heroin.

Etablering af forskellige og mere tilgængelige behandlingssteder, f.eks. oprettelse af satellitklinikker eller behandling på apoteker, kunne afhjælpe nogle af begrænsningerne ift. tilgængelighed. Dog ville dette medføre betydelige omkostninger og potentielle risici i form af videregivelse og videresalg af medicin samt ift. sikkerhed, især mht. bivirkninger. Satellitklinikker skulle tilbyde den samme behandlingsstandard med sikre forhold under medicinadministration og en tværfaglig

behandlingstilgang, hvilket er essentielt for at opnå positive resultater, men det vil også være et ressourcekrævende tiltag. Spørgsmålet bliver, om det er berettiget at udvide antallet af behandlingssteder, idet det måske kun ville gavne et relativt lille antal patienter. For selvom det for denne patientgruppe vil kunne medføre forbedringer ift. sundhed og livskvalitet, vil det også påføre behandlingen betydelige ekstraomkostninger. Yderligere diskussioner om udvidelse af tilgængelighed og prioritering af ressourcer ligger udenfor rammerne af denne rapport.

Hovedfund 8: Stemning og håndtering af regler og sanktioner har betydning for tilknytningen til klinikkerne

Det har stor betydning, at patienterne er glade for at møde i klinikken og opleve det som "deres sted". Dette indebærer, at de føler sig trygge og oplever, at der er en god stemning med positiv kommunikation mellem hinanden og med personalet.

Regler og sanktioner opleves i vid udstrækning som positive, når de er forudsigelige, gennemsikkelige og hjælper med at skabe rammer og ro på klinikkerne. Dårlig stemning opstår ofte ifm. konflikter patienterne imellem eller med personalet og forbindes ofte med mangel på personaleressourcer, da det øger arbejdspresset, mindsker god kontakt med patienterne samt reducerer personalets mulighed for at samle op på patienternes akutte behov.

At yde behandling og samtidig bevare og styrke patienternes autonomi kræver en fin balance; alle patienter bør have mulighed for at træffe beslutninger om deres behandling og opleve en grad af involvering, men denne frihed skal dog afbalanceres med overvejelser omkring sikkerhed og omkostninger. Samarbejdet mellem patient og personale om autonomi og sikkerhed i behandling kan være kompleks og udfordrende og kræver ofte en individuel vurdering af patienten. Dette kan nogle gange føre til opfattelser af uretfærdighed og forskelsbehandling blandt patienterne. Det er i den forbindelse væsentligt, at de fleste patienter i behandling med lægeordineret heroin fortsætter med et vis stofindtag under behandlingen, og at risikoen for overdosis udgør en relevant overvejelse for personalet. Derfor anses passende sikkerhedstiltag også som værende en integreret del af behandlingen med lægeordineret heroin, samtidig med at det understreger betydningen af at afsætte kompetencer og ressourcer, så personalet bedst muligt kan styrke et godt samarbejde med den enkelte patient.

Hovedfund 9: Stor udskiftning i personalegruppen og personalemangel er en udfordring

Der sås en stor udskiftning i personalegruppen på klinikkerne, som også oplevede udfordringer ift. personalemangel. Især ansættelse af nye læger blev fundet problematisk, mens udfordrede personaleforhold generelt synes også at spille en stor rolle. Der er forskel på patienternes og personalets oplevelse af kompetencer og kvalitet af indsatser i behandling, og der efterspørges flere muligheder for kompetenceudvikling af personale med kurser, efteruddannelse, supervision og fora på tværs af klinikker med mulighed for at dele og diskutere behandlingspraksisser og nye behandlingsmetoder. Derudover efterspørges øget tværfagligt samarbejde for bedre at kunne møde patienternes komplekse behov. Der synes således at være potentiale i at styrke personaleforhold, kompetencer og prioritere tværfagligt personale til at varetage bredden i arbejdsopgaver ift. at øge fastholdelse af personale.

Det som synes at kunne styrke kvaliteten i den behandling, som tilbydes i dag er, at behandlingen anses som et satsningsområde for fremtiden. Dette kan inkludere at finde områder i den eksisterende behandling, hvor ressourcerne kan optimeres. En afgørende del af at sikre kvalitet af behandling udgøres af personalet, som fremstår som en uundværlig ressource, og styrke relevant kompetenceøgning og løbende fagudvikling. Der findes forskellige metoder til at fremme fagudvikling, men det at modtage løbende opdateret viden om de forskellige aspekter af behandlingen er vigtigt. I tillæg er det væsentligt, at både ledere og personale har fora, hvor de regelmæssigt kan vidensudveksle og derigennem drive fagudviklingen i praksis. Det vil kunne bidrage til, at flere ansatte ønsker at fortsætte længere i deres stillinger på klinikkerne, hvis de selv oplever fagligt at udvikle sig.

Hovedfund 10: Helhedsorienteret sigte med behandling er udfordret på ressourcer og økonomi

Både personale og lederne har generelt fokus på at udvikle processer og indsatser til at sikre kvaliteten i behandling, som involverer et styrket sundhedsfagligt og socialfagligt sigte, herunder at inkludere den socialfaglige del i højere grad. Dette kan dog udgøre en udfordring, idet dele af den socialfaglige del af behandlingen finansieres af bopælskommunerne og derfor, ofte må koordineres med dem, hvilket kan udfordre stabil normering af relevant socialfagligt personale på klinikkerne, men også ift. tilbud om kvalificeret helhedsorienteret behandling, der møder patienternes behov.

I øjeblikket bestemmes klinikkernes finansiering ud fra det antal patienter, der er indskrevet i behandling. Når klinikkerne oplever faldende patientindskrivinger, opfattes deres finansieringsgrundlag som usikkert og bekymrende og påvirker både tilbud og personaleforhold. Det er afgørende med strategier for at tiltrække relevante nye patienter i målgruppen, men samtidigt skal klinikkerne i visitationsprocessen vurdere, hvilken behandlingstype, herunder traditionel substitutionsbehandling, der er i patienternes bedste interesse. Både ledere og personale giver udtryk for, at budgettet har en betydelig indvirkning på kvaliteten og niveauet af den leverede behandling.

Samlet set synes den nuværende fastsatte minimumsgrænse på 20 indskrevne patienter i behandling på en klinik over tid at være rimeligt. Dette peger på, at uanset antallet af indskrevne patienter på den enkelte klinik, vil det altid være nødvendigt at afsætte ressourcer til et minimum af personale og kernebehandling, og det vil også være en bekymring ift. den samlede kvalitet af behandlingen, hvis antallet af ansatte går nedad pga. dalende finansiering.

Hovedfund 11: Det er begrænset evidens, der understøtter udbredt brug af behandling med lægeordineret heroin, hvor patienterne tager medicinen med hjem

Ordning med hjemtag af lægeordineret heroin, også i injicerbar form, fremstår som en acceptabel og ønsket mulighed for nogle yderst få og stabile patienter. Dog bliver evidens omkring sikkerhed og effektivitet ved denne udvidelse af behandling ikke underbygget af en stærk evidensbase. Baseret på den nuværende evidensbase, ville en ordning med hjemtag af lægeordineret heroin for alle patienter ikke kunne anses som værende evidensbaseret behandling. Ved overvejelser om implementering af en ordning med hjemtag af lægeordineret heroin, bør der inden en bredere implementering iværksættes studier/forsøg af ordningen. En grundig gennemgang af fordele og risici bør være en del af overvejelserne.

Hovedfund 12: Behandling med lægeordineret heroin giver mulighed for forbedret patientværdighed

Mange patienter har brug for en helhedsorienteret indsats for at øge funktionsniveauet og derigennem potentielt øge livskvaliteten. Behandlingen balancerer samtidig mellem patienternes ønsker og rammer samt regler for behandlingen. Derudover balancerer behandlingen mellem hjælp til selvhjælp, hvor klinikken både skal imødekomme bredden i patienternes behandlings- og støttebehov, men også støtte dem i at opbygge en hverdag og engagere sig i livet uden for behandlingen.

Patienterne oplever ofte, at deres værdighed i behandlingen kan udfordres af rammerne, hvor de skal indrette deres hverdag efter transporttid og åbningstider med meget begrænset mulighed for ophold på klinikkerne mellem åbningstider. Derudover oplever både patienter og personale, at de løbende forhandlinger om dosis kan medføre en øget fleksibilitet i behandlingen, men også medfører dilemmaer og udfordringer i samarbejdet, bl.a. som følge af nogle patienters ønske om rus og personalets fokus på sikkerhed, hvilket også kan gøre det svært for patienterne at være ærlige om deres evt. stofbrug. Samarbejde og patientindflydelse på behandlingen stiller således store krav til både patienter og personale, hvor der balanceres mellem retningslinjer for behandling, patienternes behov og personalets kliniske vurderinger af det enkelte forløb (70).

Et tilstrækkelig værdigt behandlingstilbud handler også om kvaliteten i behandlingen. Patienterne skal mødes med en kvalitetsmæssig god behandling, som har sit fundament i et tilstrækkelig solidt vidensgrundlag. Gennem relevante kompetencer og de rammer klinikken har fastsat, kan de ansatte få mulighed for at give patienterne en tilstrækkelig god behandling.

11. References

1. Bahji A, Cheng B, Gray S, Stuart H. Mortality Among People With Opioid Use Disorder: A Systematic Review and Meta-analysis. *Journal of Addiction Medicine*. 2020;14(4):e118-e32.
2. Santo T, Jr, Clark B, Hickman M, Grebely J, Campbell G, Sordo L, et al. Association of Opioid Agonist Treatment With All-Cause Mortality and Specific Causes of Death Among People With Opioid Dependence: A Systematic Review and Meta-analysis. *JAMA psychiatry*. 2021;78(9):979-93.
3. Bahji A, Cheng B, Gray S, Stuart H. Reduction in mortality risk with opioid agonist therapy: a systematic review and meta-analysis. *Acta Psychiatr Scand*. 2019;140(4):313-39.
4. Klimas J, Hamilton M-A, Gorfinkel L, Adam A, Cullen W, Wood E. Retention in opioid agonist treatment: a rapid review and meta-analysis comparing observational studies and randomized controlled trials. *Systematic Reviews*. 2021;10(1):216.
5. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction EMCDDA. *European Drug Report 2024: Trends and Developments*. 2024.
6. Degenhardt L, Glantz M, Evans-Lacko S, Sadikova E, Sampson N, Thornicroft G, et al. Estimating treatment coverage for people with substance use disorders: an analysis of data from the World Mental Health Surveys. *World Psychiatry*. 2017;16(3):299-307.
7. Jin H, Marshall BDL, Degenhardt L, Strang J, Hickman M, Fiellin DA, et al. Global opioid agonist treatment: a review of clinical practices by country. *Addiction*. 2020;115(12):2243-54.
8. F. Martins ML, Wilthagen EA, Oviedo-Joekes E, Beijnen JH, de Grave N, Uchtenhagen A, et al. The suitability of oral diacetylmorphine in treatment-refractory patients with heroin dependence: A scoping review. *Drug and alcohol dependence*. 2021;227:108984.
9. Strang J, Groshkova T, Uchtenhagen A, van den Brink W, Haasen C, Schechter MT, et al. Heroin on trial: Systematic review and meta-analysis of randomised trials of diamorphine-prescribing as treatment for refractory heroin addiction. *British Journal of Psychiatry*. 2015;207(1):5-14.
10. Smart R. *Evidence on the Effectiveness of Heroin-Assisted Treatment*. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 2018.
11. McNair R, Monaghan M, Montgomery P. Heroin Assisted Treatment for Key Health Outcomes in People With Chronic Heroin Addictions: A Context-focused Systematic Review. *Drug and alcohol dependence*. 2023:109869.
12. Ferri M, Davoli M, Perucci CA. Heroin maintenance for chronic heroin-dependent individuals. *The Cochrane database of systematic reviews*. 2011(12):CD003410.
13. Smart R, Reuter P. Does heroin-assisted treatment reduce crime? A review of randomized-controlled trials. *Addiction*. 2022;117(3):518-31.
14. Groshkova T, Metrebian N, Hallam C, Charles V, Martin A, Forzisi L, et al. Treatment expectations and satisfaction of treatment-refractory opioid-dependent patients in RIOTT, the Randomised Injectable Opiate Treatment Trial, the UK's first supervised injectable maintenance clinics. *Drug and Alcohol Review*. 2013;32(6):566-73.
15. Ellefsen R, Wüsthoff LEC, Arnevik EA. Patients' satisfaction with heroin-assisted treatment: a qualitative study. *Harm reduction journal*. 2023;20(1):73.
16. Metrebian N, Groshkova T, Hellier J, Charles V, Martin A, Forzisi L, et al. Drug use, health and social outcomes of hard-to-treat heroin addicts receiving supervised injectable opiate treatment: secondary outcomes from the Randomized Injectable Opioid Treatment Trial (RIOTT). *Addiction*. 2015;110(3):479-90.
17. Byford S, Barrett B, Metrebian N, Groshkova T, Cary M, Charles V, et al. Cost-effectiveness of injectable opioid treatment v. oral methadone for chronic heroin addiction. *The British journal of psychiatry*. 2013;203(5):341-9.
18. Dijkgraaf MG, van der Zanden BP, de Borgie CA, Blanken P, van Ree JM, van den Brink W. Cost utility analysis of co-prescribed heroin compared with methadone maintenance treatment in heroin addicts in two randomised trials. *Bmj*. 2005;330(7503):1297.
19. BC Centre on Substance Use. *Guidance for Injectable Opioid Agonist Treatment for Opioid Use Disorder*. 2021.

20. World Health Organization. International standards for the treatment of drug use disorders: revised edition incorporating results of field-testing. 2020.
21. Sundhedsstyrelsen. Evaluation of the program for prescribed heroin to drug abusers 2010 - 2012. Copenhagen; 2013 12 August 2013.
22. Vejledning om ordination af diacetylmorfin (heroin) ved opioidafhængighed (VEJ nr 9507 af 17/09/2013), 9507 (2013).
23. Melis F, Hesse M, Eide D, Thylstrup B, Tjagvad C, Brummer JE, Clausen T. Who receives heroin-assisted treatment? A comparison of patients receiving opioid maintenance treatment in Denmark. *Drug and Alcohol Dependence*. 2024;254:111051.
24. Sundhedsstyrelsen. Evaluering af ordningen med lægeordineret heroin til opioidafhængige patienter. Opgørelse over årene 2013-2020.: Sundhedsstyrelsen; 2021.
25. Statsministeriet. Ansvar for Danmark - Det politiske grundlag for Danmarks regering. København; 2022.
26. Perneger TV, Giner F, del Rio M, Mino A. Randomised trial of heroin maintenance programme for addicts who fail in conventional drug treatments. *Bmj*. 1998;317(7150):13-8.
27. Van den Brink W, Hendriks VM, van Ree JM. Medical co-prescription of heroin to chronic, treatment-resistant methadone patients in the Netherlands. *Journal of Drug Issues*. 1999;29(3):587-607.
28. Van den Brink W, Hendriks VM, Blanken P, Koeter MW, van Zwieten BJ, Van Ree JM. Medical prescription of heroin to treatment resistant heroin addicts: two randomised controlled trials. *Bmj*. 2003;327(7410):310.
29. Oviedo-Joekes E, Nosyk B, Brissette S, Chettiar J, Schneeberger P, Marsh DC, et al. The North American Opiate Medication Initiative (NAOMI): Profile of Participants in North America's First Trial of Heroin-Assisted Treatment. *Journal of Urban Health*. 2008;85(6):812-25.
30. Eide D, Bjørnstad R, Brummer J, Dadras O, De Pirro S, Ellefsen R, et al. Heroin-assisted treatment midway report from 2022-2023. 2024.
31. Glasgow City Council. Scotland's First Heroin Assisted Treatment Unveiled 2019 [Available from: <https://www.glasgow.gov.uk/article/25326/Scotlands-First-Heroin-Assisted-Treatment-Unveiled>].
32. Ministère de la Santé. Stratégie et plan d'action gouvernementaux 2015–2019 en matière de lutte contre les drogues d'acquisition illicite et les addictions associées. 2015.
33. Jaffe K, Blawatt S, Lehal E, Lock K, Easterbrook A, MacDonald S, et al. "As long as that place stays open, I'll stay alive": Accessing injectable opioid agonist treatment during dual public health crises. *Harm Reduction Journal*. 2023;20(1):12.
34. Sundhedsstyrelsen. Generelt om stoffer 2023 [updated 15 September 2023. Available from: <https://www.sst.dk/da/Borger/En-sund-hverdag/Stoffer/Generelt-om-stoffer>].
35. Sundhedsstyrelsen. Sundhedsrelaterede konsekvenser - Narkotikasituationen i Danmark 2023 Delrapport 4. Sundhedsstyrelsen; 2023.
36. Simonsen KW, Christoffersen DJ, Linnet K, Andersen CU. Fatal poisoning among drug users in Denmark in 2017. *Danish medical journal*. 2021;68(1):A07200560.
37. Sundhedsstyrelsen. Stofmisbrugsbehandling – efterspørgsel og tilgængelighed. Narkotikasituationen i Danmark 2024 Delrapport 3. 2024.
38. Serviceloven § 101.
39. Brinkmann S, Kvale S. Interviews: Learning the craft of qualitative research interviewing. 3 ed: SAGE Publications; 2014.
40. Terry G, Hayfield N, Clarke V, Braun V. Thematic Analysis. In: Willig C, Rogers WS, editors. *The SAGE Handbook of Qualitative Research in Psychology*. 2 ed: SAGE Publications Ltd; 2017. p. 843-60.
41. Ware JE, Sherbourne CD. The MOS 36-Item Short-Form Health Survey (SF-36): I. Conceptual Framework and Item Selection. *Medical Care*. 1992;30(6):473-83.
42. European Union Drugs Agency (EUDA). Statistical Bulletin 2021 — methods and definitions for overdose deaths 2021 [Available from: https://www.euda.europa.eu/data/stats2021/methods/drd_en].

43. BEK nr 125 af 18/02/2009 (Gældende) Bekendtgørelse om ordination af diacetylmorfin (heroin) som led i lægelig behandling af personer for stofmisbrug, (2009).
44. VEJ nr 9240 af 11/05/2009 (Historisk) Vejledning om ordination af injicerbar diacetylmorfin (heroin) ved opioidafhængighed, (2009).
45. Rådet for Socialt Udsatte. Værdighedsreform: Fra systemer til mennesker 2024 [Available from: <https://udsatte.dk/viden/vaerdighedsreform-fra-systemer-til-mennesker>].
46. Strang L, Taylor J. Heroin-assisted treatment and supervised drug consumption sites: Experience from four countries. 2018.
47. Friedmann Z, Kinkel H-T, Kühner C, Zsolnai A, Mick I, Binder A. Supervised on-site dosing in injectable opioid agonist treatment-considering the patient perspective. Findings from a cross-sectional interview study in two German cities. *Harm Reduction Journal*. 2023;20(1):162.
48. Poulter HL, Walker T, Ahmed D, Moore HJ, Riley F, Towl G, Harris M. More than just 'free heroin': Caring whilst navigating constraint in the delivery of diamorphine assisted treatment. *International Journal of Drug Policy*. 2023;116:104025.
49. Friedmann Z, Binder A, Kinkel H-T, Kühner C, Zsolnai A, Mick I. Exploring Patients' Perceptions on Injectable Opioid Agonist Treatment: Influences on Treatment Initiation and Implications for Practice. *European Addiction Research*. 2023:1-11.
50. Riley F, Harris M, Poulter HL, Moore HJ, Ahmed D, Towl G, Walker T. 'This is hardcore': a qualitative study exploring service users' experiences of Heroin-Assisted Treatment (HAT) in Middlesbrough, England. *Harm reduction journal*. 2023;20(1):66.
51. Frank D, Mateu-Gelabert P, Perlman DC, Walters SM, Curran L, Guarino H. "It's like 'liquid handcuffs': The effects of take-home dosing policies on Methadone Maintenance Treatment (MMT) patients' lives. *Harm Reduction Journal*. 2021;18(1):88.
52. Adams A, Blawatt S, MacDonald S, Finnicks R, Lajeunesse J, Harrison S, et al. Provider experiences with relaxing restrictions on take-home medications for opioid use disorder during the COVID-19 pandemic: A qualitative systematic review. *Int J Drug Policy*. 2023;117:104058.
53. del Pozo B, Beletsky L, Rich JD. COVID-19 as a Frying Pan: The Promise and Perils of Pandemic-driven Reform. *Journal of Addiction Medicine*. 2020;14(5).
54. Saulle R, Vecchi S, Gowing L. Supervised dosing with a long-acting opioid medication in the management of opioid dependence. *Cochrane Db Syst Rev*. 2017(4).
55. Brothers S, Viera A, Heimer R. Changes in methadone program practices and fatal methadone overdose rates in Connecticut during COVID-19. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2021;131:108449.
56. Figgatt MC, Salazar Z, Day E, Vincent L, Dasgupta N. Take-home dosing experiences among persons receiving methadone maintenance treatment during COVID-19. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2021;123:108276.
57. Aldabergenov D, Reynolds L, Scott J, Kelleher MJ, Strang J, Copeland CS, Kalk NJ. Methadone and buprenorphine-related deaths among people prescribed and not prescribed Opioid Agonist Therapy during the COVID-19 pandemic in England. *International Journal of Drug Policy*. 2022;110:103877.
58. Meyer M, Strasser J, Köck P, Walter M, Vogel M, Dürsteler KM. Experiences with take-home dosing in heroin-assisted treatment in Switzerland during the COVID-19 pandemic—Is an update of legal restrictions warranted? *International Journal of Drug Policy*. 2022;101:103548.
59. Verordnung vom 25. Mai 2011 (Stand am 23. Januar 2023) über Betäubungsmittelsucht und andere suchtbedingte Störungen (Betäubungsmittelsuchtverordnung, BetmSV), SR 812.121.6 (2011).
60. Frey K, Pestoni A, Häusermann M. Situationsanalyse der heroingestützten Behandlung (He-GeBe). Zürich: KEK – CDC; 2021.
61. Brezan F, Meyer M, Vogel M, Heimer J, Falcato L, Montagna J, Bruggmann P. Prolonged diacetylmorphine take-home during the COVID-19 pandemic—Results of a retrospective cohort study. *Addiction*. 2024.

62. Oviedo-Joekes E, Guh D, Brissette S, Marsh DC, Nosyk B, Krausz M, et al. Double-blind injectable hydromorphone versus diacetylmorphine for the treatment of opioid dependence: A pilot study. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2010;38(4):408-11.
63. Oviedo-Joekes E, Guh D, Brissette S, Marchand K, MacDonald S, Lock K, et al. Hydromorphone Compared With Diacetylmorphine for Long-term Opioid Dependence: A Randomized Clinical Trial. *JAMA Psychiatry*. 2016;73(5):447-55.
64. Oviedo-Joekes E, MacDonald S, Boissonneault C, Harper K. Take home injectable opioids for opioid use disorder during and after the COVID-19 Pandemic is in urgent need: a case study. *Substance abuse treatment, prevention, and policy*. 2021;16:1-7.
65. Oviedo-Joekes E, Dobischok S, Carvajal J, MacDonald S, McDermid C, Klakowicz P, et al. Clients' experiences on North America's first take-home injectable opioid agonist treatment (iOAT) program: a qualitative study. *BMC Health Services Research*. 2023;23(1):553.
66. Strang L, Taylor J. Heroin-Assisted Treatment and Supervised Drug Consumption Sites: Experience from Four Countries. Santa Monica, CA: RAND Corporation; 2018.
67. Metrebian WSGVSCSMLVMBWN. Prescribing drug of choice to opiate dependent drug users: a comparison of clients receiving heroin with those receiving injectable methadone at a West London drug clinic. *Drug and Alcohol Review*. 2001;20(3):267-76.
68. Addiction EMCfDaD. European Drug Report 2024: Trends and Developments. 2024.
69. Kvamme TL, Thylstrup B, Hesse M. Quality of life assessment in Danish Heroin Assisted Treatment Patients: Validity of the SF-36 Survey. *Journal of Psychosocial Rehabilitation and Mental Health*. 2024:1-11.
70. Johansen KS. Heroinbehandling i Danmark - en undersøgelse af brugere og behandling. 2013.

12. Appendiks

Appendiks 1. Spørgeskema til de danske heroinklinikker

Instruktioner: Dette spørgeskema er en del af en evaluering af behandlingen med lægeordineret heroin i Danmark, som udføres af Senter for rusmiddelforskning (SERAF) efter anmodning fra Sundhedsstyrelsen. Jeres svar vil være et centralt bidrag til de data, som indsamles til evalueringen.

Spørgeskemaet dækker flere temaer, herunder information om jeres klinik, personale, ydelser og procedurer. Spørgeskemaet er beregnet til at blive udfyldt af klinikledelsen.

Denne formular kan ikke genindtastes, når den først er indsendt. Så hav svaret indtastet på alle spørgsmål, før du indsender formularen.

Inden du går i gang med at udfylde spørgeskemaet, bedes du læse og underskrive samtykkeerklæringen, som findes på side 2.

Samtykkeerklæring

Jeg har modtaget og forstået informationen (se vedhæftede dokument om information) om projektet "Evaluering af den lægeordnede heroinbehandling i Danmark, 2024" og har haft mulighed for at stille spørgsmål til indholdet. Jeg giver samtykke til: at deltage i nærværende spørgeskema; at det ikke garanteres at information, som jeg har givet, kan ledes tilbage til mig (for eksempel at information om en bestemt klinik separat beskrives i evalueringen og derfor kan genkendes, eksempelvis "en sygeplejerske fra Odense angiver at...") Jeg giver samtykke til, at mine oplysninger kan blive registreret, indtil projektet afsluttes.

Klinikkens navn

- København
- Glostrup
- Odense
- Aarhus
- Esbjerg

Din rolle (leder, sygeplejerske, læge, administration osv.)

Information om klinikken

Hvordan vil du beskrive klinikkens beliggenhed?

- Beliggenhed i byen
- Landlig beliggenhed
- Beliggenhed i forstæderne

Er jeres klinik forbundet med den traditionelle opioid-substitutionsbehandling? (For eksempel: fælles beliggenhed, fælles personale.)

- Ja, hvis ja beskriv.
- Nej

Dette element vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørgsmålet «Er jeres klinik forbundet med den traditionelle opioidsstitutionsbehandling? (For eksempel: fælles beliggenhed, fælles personale.)»

Hvor mange patienter behandles med lægeordineret heroin i øjeblikket på jeres klinik?

Hvad er din maksimale kapacitet af patienter?

Hvad vil du mene, er det mindste antal patienter, der skal være indskrevet i behandling i jeres klinik?

Har du en venteliste for patienter?

- Ja, hvis ja, hvor mange er på venteliste?
- Nej

Dette element vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørgsmålet «Har du en venteliste for patienter?»

Beskriv processen for patienter, der henvises til jeres klinik. (For eksempel: Er den kompleks? Kan patienterne selv henvise?)

Hvad er jeres kliniks åbningstider for patienter i løbet af dagen? (Angiv timer for hver periode i løbet af dagen, hvor klinikken er åben.)

Hvordan kommer størstedelen af patienterne til klinikken?

- Offentlig transport
- Kørsel
- Cykling
- At gå
- Andet
- Ved ikke

Hvordan vil du i gennemsnit vurdere klinikkernes beliggenhed og tilgængelighed for jeres patienter?

- Meget svær at få adgang til
- Svær at få adgang til
- Hverken let eller svært tilgængelig
- Let at få adgang til
- Meget let at få adgang til
- Ved ikke

Hvor meget tid vurderer du, at jeres patienter i gennemsnit bruger på at rejse til klinikken?

- Mindre end 20 minutter
- 21-45 minutter
- Mere end 45 minutter
- Ved ikke

Er jeres klinik tilgængelig for personer med mobilitetsudfordringer (for eksempel: kørestole, stokke, smerter, gangbesvær)?

- Ja
- Nej

Dette element vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørgsmålet «Er jeres klinik tilgængelig for personer med mobilitetsudfordringer (for eksempel: kørestole, stokke, smerter, gangbesvær)?»

Hvor mange medarbejdere arbejder der i alt på jeres klinik (angiv venligst fuldtidsækvivalenter (FTE) i tal)?

Hvor mange sygeplejersker (FTE)?

Hvor mange læger (FTE)?

Hvor mange psykologer (FTE)?

Hvor mange socialrådgivere (FTE)?

Hvor mange administrative medarbejdere (FTE)?

Hvor mange andre ansatte (specificer, for eksempel: sikkerhedspersonale, rengøringspersonale) (FTE)?

Hvor mange nye medarbejdere er startet inden for de sidste 6 måneder?

Hvordan vil du beskrive personaleomsætningen?

- Høj personaleomsætning
- Medium personaleomsætning
- Lav personaleomsætning

Hvor mange personer er fratrådt deres stilling inden for de seneste 2 år?

Hvordan bliver jeres personalebehov dækket?

- Underbemanding
- Fuldt bemandet

Er det en udfordring at finde kvalificeret personale?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Underbemanding» er valgt i spørgsmålet «Hvordan bliver jeres personalebehov dækket?»

- Ja
- Nej

Er finansiering et problem i forhold til at ansætte kvalificeret personale?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Underbemanding» er valgt i spørgsmålet «Hvordan bliver jeres personalebehov dækket?»

- Ja
- Nej

Er der behov for yderligere uddannelse af personalet?

- Ja
- Nej

Hvilken type uddannelse er der brug for?

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørgsmålet «Er der behov for yderligere uddannelse af personalet?»

Uddyb venligst eventuelle yderligere personalemæssige overvejelser

Hvilken sundhedsfaglig behandling tilbyder jeres klinik på stedet?

Sæt kryds ved alt, hvad der gælder.

- Behandling af hepatitis C
- Sårpleje/behandling af hudinfektioner
- Behandling af luftvejsinfektioner
- Behandling af kronisk obstruktiv lungesygdom
- Psykiatrisk medicin (angstdæmpende midler, antidepressiva, antipsykotika)
- Anden somatisk behandling (for eksempel: behandling af forhøjet blodtryk, diabetes, nyresygdom, leversygdom, hjertesygdom eller højt kolesteroltal)
- Tandplejeydelser
- Kræftscreening

Tilbydes der rådgivning om mental sundhed på jeres klinik?

- Ja, på stedet
- Ja, men gennem en henvisning
- Nej

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja, på stedet» er valgt i spørgsmålet «Tilbydes der rådgivning om mental sundhed på jeres klinik?»

Hjælper jeres klinik patienterne med at få adgang til følgende velfærdsydelser?

Sæt kryds ved alt, hvad der gælder.

- Boliger
- Sociale ydelser
- Beskæftigelse
- Familie/børnevelfærdsydelser
- Andet, beskriv

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Andet» er valgt i spørgsmålet «Hjælper jeres klinik patienterne med at få adgang til følgende velfærdsydelser?»

Tilbyder jeres klinik mad og drikke på stedet?

- Ja, beskriv
- Nej

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørgsmålet «Tilbyder jeres klinik mad og drikke på stedet?»

Tilbyder jeres klinik andre skadesreducerende tiltag (for eksempel: træning i forebyggelse af overdosis, naloxon, nåle/sprøjter)?

- Ja, beskriv

- Nej

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørgsmålet «Tilbyder jeres klinik andre skadesreducerende tiltag (for eksempel: træning i forebyggelse af overdosis, naloxon, nåle/sprøjter)?»

Hvilke andre tilbud har jeres klinik (for eksempel: computeradgang, bad, tøjvask, uddannelse, jobtræning osv.).

Tilbyder jeres klinik henvisninger til eller samarbejde med andre sundhedsydelser (for eksempel: tandlæge, hospitalsbaseret behandling, smertebehandling, anden sundhedsscreening)?

- Ja, beskriv
- Nej

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Ja» er valgt i spørgsmålet «Tilbyder jeres klinik henvisninger til eller samarbejde med andre sundhedsydelser (for eksempel: tandlæge, hospitalsbaseret behandling, smertebehandling, anden sundhedsscreening)?»

Hvilke administrationsmuligheder er der for behandling med lægeordineret heroin (DAM)?

[Mulighed for at afkrydse begge]

- Mundtlig
- Indsprøjtning

Kan patienterne injicere i halsen/lysken?

- Ja
- Nej

Hvor stor en del af patienterne bruger i øjeblikket kun orale DAM-tabletter?

Hvor stor en del af patienterne injicerer i øjeblikket kun DAM intravenøst?

Hvor stor en del af patienterne injicerer i øjeblikket kun DAM intramuskulært?

Hvor stor en andel af patienterne bruger i øjeblikket både oral og injicerbar DAM?

Angiv venligst det aktuelle doseringsinterval (dagsdosis) for orale DAM-tabletter(mg).

Angiv venligst det aktuelle doseringsinterval (dagsdosis) for intramuskulær DAM (mg).

Angiv venligst det aktuelle doseringsinterval (dagsdosis) for intravenøs DAM (mg).

Hvilken type substitutionsmedicin ordineres til natten?

- Oral morfin med langsom frigivelse (Contalgin Uno 24-timer)
- Oral morfin med moderat langsom frigivelse (Contalgin/Malfin 12 timer)
- Metadon
- Andet, angiv

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Andet» er valgt i spørgsmålet «Hvilken type substitutionsmedicin ordineres til natten?»

Hvilken type substitutionsmedicin tilbydes som tag-med-hjem medicin?

- Oral morfin med langsom frigivelse (Contalgin Uno 24-timer)
- Oral morfin med moderat langsom frigivelse (Contalgin/Malfin 12 timer)
- Metadon
- Andet, angiv

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Andet» er valgt i spørgsmålet «Hvilken type substitutionsmedicin tilbydes som tag-med-hjem medicin?»

Angiv det aktuelle doseringsinterval (dagsdosis) for patienter i behandling med Contalgin Uno (24 timer) (minimum-maksimum i mg).

Angiv venligst det aktuelle doseringsinterval (dagsdosis) for patienter i behandling med Contalgin/Malfin (12 timer) (minimum-maksimum i mg).

Angiv venligst det aktuelle doseringsinterval (dagsdosis) for patienter i behandling med metadon (minimum-maksimum i mg).

Hvilken anden type medicin ordineres på klinikken?

- Antibiotika
- Behandling af hepatitis C
- Benzodiazepiner
- Antihypertensiva

- Kolesterol-sænkende
- Behandling af kronisk obstruktiv lungesygdom
- Antidepressiva
- Angstdæmpende
- Antipsykotika
- Andet

Dette elementet vises kun dersom alternativet «Andet» er valgt i spørgsmålet «Hvilken anden type medicin ordineres på klinikken?»

Beskriv venligst jeres procedure for vurdering af patienten før indgivelse af lægeordineret heroin (for eksempel: alkometertest, opioidscore).

Beskriv venligst jeres procedure for vurdering af patienten efter indgivelse af lægeordineret heroin (for eksempel: tid i observationsrum, klinisk vurdering, opioidscore).

Beskriv venligst årsagerne til, at en patient ufrivilligt kan blive afsluttet fra behandlingen? (For eksempel: vold, gentagne udeblivelser, psykisk ustabilitet, stofmisbrug.)

Beskriv venligst jeres procedure, når patienter er udeblevet fra flere indgivelser af lægeordineret heroin/ustabilt fremmøde.

Beskriv venligst nogle af årsagerne til, at patienter frivilligt forlader behandlingen (for eksempel: overført til traditionel substitutionsbehandling, graviditet, arbejde, flytning).

Beskriv venligst proceduren for fortsættelse af behandling, når patienter opholder sig på andre institutioner (for eksempel: hospital, fængsel, plejehjem).

Hvor mange ikke-dødelige overdoser estimerer du, at der er sket på jeres klinik i de sidste 12 måneder, hvor der blev givet ilt?

Hvor mange ikke-dødelige overdoser, estimerer du, at der er sket på jeres klinik i de sidste 12 måneder, hvor der blev givet naloxon?

Hvor mange ikke-dødelige overdoser, estimerer du, at der er sket på jeres klinik i de sidste 12 måneder, hvor der blev tilkaldt ambulance?

Beskriv venligst klinikkens procedurer i forbindelse med en overdosis har fundet sted (for eksempel: lavere dosis ved næste fremmøde, alkometertest).

Beskriv venligst nogle af de vigtigste sikkerhedsprocedurer på klinikken (for eksempel: to sygeplejersker bekræfter korrekt dosering, antallet af sygeplejersker per patient, vurdering af patient før indgivelse af lægeordineret heroin evt. via screening for rusmidler, overvåget indtag af oral substitutionsmedicin (contalgin, malfin, metadon), rutinemæssige lægebesøg osv.).

Beskriv venligst de procedurer, der er indført for at minimere misbrug/videregivelse/videresalg af medicin fra klinikken.

Appendiks 2. Ønsker til behandling med lægeordineret heroin

Dette appendiks giver et overblik over ønsker til behandling med lægeordineret heroin fra patienter, personale og ledere. Stort set alle ønsker kan afledes mere eller mindre direkte fra den kvalitative analyse og i rapportens hovedfund. Ønskerne fra patienterne er opstillet ud fra antal med samme ønske, og for personalet ud fra antal interviewgrupper med samme ønske. Lederne havde stort set forskellige ønsker. En del af temaer går igen i de tre grupper, ('Behandling' og 'Medicin og dosis'), mens patienter og personale også har ønsker til 'Personale', og personale og ledelse også har ønsker til 'Kendskab og samarbejde', og lederne til 'Lighed i sundhed'.

Patienter

Behandling

1. Åbningstider tre gange om dagen (7)
2. Kortere ventetid og bedre flow i den sundhedsfaglige behandling (6).
3. Mulighed for at blive mellem to medicintider og udflugter og aktiviteter mellem udleveringer (4).
4. Mulighed for at komme indenfor/ i læ i ventetid pga. vejr/følelse af at være udstillet (3).
5. Mindre transporttid (2).
6. Mere ro gennem personalet håndhæver regler (fx ingen samtaler/brug af mobiltelefon) (2).
7. Længere åbningstider (1).
8. Ventetiden i observation sættes ned til 10 minutter, som under Covid-17 (1).
9. Behandling med lægeordineret heroin mindre tabubelagt og at blive set som patienter og ikke stofmisbrugere (1).
10. Kønsopdeling da det giver for meget ballade med blandet køn (1).

Medicin og dosis

1. Mere hensyntagen/tillid fra personalet - mindre frygt for karantæne eller dosisændring (3).
2. Ikke fast øvre grænse for dosis, men individuel vurdering (2).
3. Give lov til at nyde rus – utrygt at scoringsskemaet bruges forskelligt af personalet (2).
4. Større forståelse for psykiske aspekter ift. dosis og indtag (1).
5. Større dosis metadon om aftenen (1).
6. DAM-tabletter med hjem for patienter, hvor metadon ikke virker optimalt (1).
7. Mulighed for næsespray til patienter, der ryger heroin (1).
8. Ikke afvisning som følge af alkoholpromille på 0,5% (1).

Personale

1. Øget fokus på patienternes situation og rarere stemning (4).
1. Veluddannet personale og prioritering af erfaring med mennesker, der har/haft liv på gaden (4).
2. Mere opsøgende personale og fokus på behandling mere end vedligeholdelse (3).
3. Flere samtaler med patienterne (3).
4. Større oplevelse af, at det er ens sted (1).

Personale

Behandling

1. Hurtigere visitation til behandling med lægeordineret heroin (5).
2. Flere mindre klinikker for at øge tilgængelighed til behandling (4).
3. Mere fleksible åbningstider, evt. 12 timers vagter og tredje udlevering om aftenen (4).
4. Flere aktiviteter i form af måltider og tilbud med indhold mellem udleveringer (3).
5. Behandling med lægeordineret heroin som førstevalg til den lille gruppe patienter, som har behovet (3).
6. Øge opsøgende arbejde, fx fremskudte tilbud og hjemmebesøg (2).
7. Klare retningslinjer for hvad behandling med lægeordineret heroin skal indeholde for på alle fem klinikker (2).
8. Mere tid til relationsarbejde (1).

Medicin og dosis

1. At næsespray blev en del af behandlingen (2).
2. Revurdering af redskaber, særligt opiodscoreskemaet (scoreskema fra Odense nævnes), og at skemaet, som patienterne skal udfylde hver halve år ifølge krav fra Sundhedsstyrelsen er uoverskueligt, for langt og svært at forstå (2).

Personale

1. Øget kompetenceudvikling af personalet, efteruddannelse, kurser mm. (2)
2. Udviklingsdage, sparring og udveksling med andre klinikker (2).
3. Styrket kobling mellem et medicinsk og socialfagligt perspektiv (1).
4. Læger er mere fysisk til stede og sparrer med andet sundhedspersonale (1).

Kendskab og samarbejde

1. Øget oplysning om behandling med lægeordineret heroin, evt. med inddragelse af frivillige patienter, herunder øge kommunernes kendskab og forståelse, fx hvad patienter kan på en given dosis ift. at varetage et arbejde få eller flere timer ugentligt (6).
2. Mere brobygning uden for klinikkerne, fx sikre empowerment gennem det sociale frikort, sundhedsfællesskaber, netværksdannelse (2).
3. Tættere kontakt og samarbejde med andet sundhedspersonale, evt. ved at flytte tættere på hospitalet (2).

Ledere

Behandling

1. Tænke mere fleksibelt ift. sundhedsfaglig behandling og styrke det sociale sigte.
2. Effektivisere arbejdsgange, der kan give mere tid til relationen (fx AI til at måle blodtryk).
3. Undersøge mulighed for at være selvhenvender og reducere de mange trin og lange processer ifm. henvisning.
4. Informere patienter grundigt om behandlingen på en måde, der er til at læse.
5. At patienter kan genkende deres ønsker i behandlingen og opleve, at de undersøges bredt og grundigt.
6. Undersøge andre behandlingstilgange, som del af rusmiddelcentre med individuelt tilpassede strategier.

Medicin og dosis

1. Anvende depotmorfin på samme måde som metadon – udover at være relevant for mange, og selvom det er dyrere, ville det ændre meget i behandlingen.

Kendskab og samarbejde

1. Nedbryde stigma ift. behandling med lægeordineret heroin blandt patienter, personale, andre aktører og i samfundet generelt gennem mere oplysning om behandlingen.
2. Øge kendskab og tillid til andre arbejdsopgaver/indsatser, hvor øget fælles kommunikation (også gennem IT) kan styrke den løbende tilpasning til den individuelle patients behov og give et bedre overblik over udsatteområdet.
3. Større fælles fagligt afsæt på hele udsatteområdet, fx flere møder og samarbejder på tværs for at styrke helhedsorienteret indsats, også i samme sektor.
4. At alle patienter, der skal afsone mere end 6 mdr. sikres, at Kriminalforsorgen får sundhedsjournal og sikrer passende tilbud, som involverer DAM.

Lighed i sundhed

1. Opprioritere behandling med lægeordineret heroin mere fra samfundets side, fx gennem øget tildeling af ressourcer.
2. Fast økonomisk ramme så indsatsen ikke løbende skal tilpasses antal indskrevne patienter.
3. Øget håndholdt indsats, større forståelse fra sundhedsvæsen, som sender information i e-boks eller breve, der ikke åbnes (fx kunne behandling også få informationen, så de kan støtte fremmøde ved indkaldelse, afklare brug for ledsagelse)

Appendiks 3. ICD-10 codes

ICD-10 codes from the National Patient Registry:

Mental and behavioural disorders due to psychoactive substance use:

- DF11* Opioid related disorders
- DF14* Cocaine
- DF15* Other stimulant related disorders

Poisoning by drugs:

- DT40.1 Heroin
- DT40.5 Cocaine
- DT40.6 Other and unspecified narcotics
- DX42 Accidental poisoning by and exposure to narcotics and psychodysleptics [hallucinogens]

Factors influencing health status and contact with health services:

- Z72.2 Drug use

Injection-related diseases:

- DA46 Erysipelas
- DA48.0* Gas gangrene
- DB43.2 Subcutaneous phaeomycotic abscess and cyst
- DL01* Impetigo
- DL02* Cutaneous abscess, furuncle and carbuncle
- DL0d3* Cellulitis
- DL04* Acute lymphadenitis
- DL08* Other local infections of skin and subcutaneous tissue
- DM60.0 Infective myositis
- DM65.0 Abscess of tendon sheath
- DM65.1 Other infective (teno)synovitis
- DM72.6 Necrotizing fasciitis
- DA27 Actinomycotic sepsis
- DA40* Streptococcal sepsis
- DA41* Other sepsis
- DA49* Bacterial infection of unspecified site
- DB37.7 Candidal sepsis
- DI26.01 Septic pulmonary embolism with acute cor pulmonale
- DI26.90 Septic pulmonary embolism without acute cor pulmonale

DR57.2 Septic shock

DR65.1 Severe sepsis

DB37.6 Candidal endocarditis

DI33* Acute and subacute endocarditis

DI34* Nonrheumatic mitral valve disorders

DI35* Nonrheumatic aortic valve disorders

DI36* Nonrheumatic tricuspid valve disorders

DI37* Pulmonary valve disorders

DI38 Endocarditis, valve unspecified

DI39* Endocarditis and heart valve disorders in diseases classified elsewhere

DG06.1 Intraspinal abscess and granuloma

DM00* Pyogenic arthritis

DM86* Osteomyelitis

DM46.2 Osteomyelitis of vertebra

DM46.3 Infection of intervertebral disc (pyogenic)

DM46.5 Other infective spondylopathies

DD73.3 Abscess of spleen

DE32.1 Abscess of thymus

DK63.0 Abscess of intestine

DK65.1 Peritoneal abscess

DK68.1 Retroperitoneal abscess

DK75.0 Abscess of liver

DM71.0 Abscess of bursa

DN15.1 Renal and perinephric abscess

DB43.1 Phaeomycotic brain abscess

DG06.0 Intracranial abscess and granuloma

DH44.0 Purulent endophthalmitis

DH44.1 Other endophthalmitis

DH45.1 Endophthalmitis in diseases classified elsewhere

DA48.8 Other specified bacterial diseases

DB95 Streptococcus and staphylococcus as the cause of diseases classified to other chapters

DB96 Other specified bacterial agents as the cause of diseases classified to other chapters