



Notat om besøg i Misbrugscenteret med fokus på Substitutions- og Heroinklinikken i Esbjerg

Sygeplejen har på anmodning fra Direktøren i Fritid, Sundhed og Omsorg aflagt besøg i Misbrugscenteret med henblik på at vurdere den sundhedsfaglige kvalitet og borgersikkerheden.

Overordnet set er målgruppen borgere, der er indskrevet i behandling og som sammen med stofmisbruget har omfattende sociale problemer i et omfang, der kan være en barriere for at opnå målet med misbrugsbehandlingen.

De sociale indsatser er rettet mod at reducere de sociale problemer, der kan være medvirkende til, at patienten indleder og/eller fastholdes i et stofmisbrug. Det kan fx være problemer som hjemløshed, familie- og samlivsproblemer, økonomiske og beskæftigelsesrelaterede problemer. Formålet med sociale indsatser er at forbedre patientens samlede livssituation blandt andet ved at hjælpe til øget mestring af eget liv, oplevelse af større trivsel og en øget grad af deltagelse i sociale fællesskaber.

I vejledningen for heroinklinikker fremgår, at den lægelige behandling forudsættes at være en integreret del af den enkelte kommunes samlede behandlings- og omsorgstilbud til misbrugere. Der skal således være

sammenhæng mellem den lægelige behandling og den indsats, der retter sig mod den enkelte misbrugsers sociale problemer.

Målgruppen i heroinklinikker er:

Borgere over 18 år, som har et regelmæssigt intravenøst misbrug af ordinerede eller illegale opioider trods buprenorphin eller methadonbehandling inden for de forudgående 12 måneder.

Ingen aktiv eller ubehandlet sværere psykiatrisk lidelse, der gør at patienten ikke kan medvirke til injektionsbehandlingen.

Ingen sværere somatisk lidelse, som kontraindicerer behandling med injicerbar heroin.

Intet betydeligt alkoholmisbrug, dvs. at patienten skal være i stand til fremmøde to gange dagligt uden sværere alkoholpåvirkning eller alkohol-abstinenssymptomer.

Intet betydeligt sidemisbrug af benzodiazepiner og andre misbrugsstoffer. Patienter i stabil behandling med benzodiazepiner er ikke ekskluderet fra injektionsbehandling.

Ingen graviditet, amning eller aktuelle planer om graviditet.

Accept af krav om fremmøde og superviseret selvadministration af injektionsbehandlingen.

Der skal udarbejdes en behandlingsplan for den lægelige misbrugsbehandling, hvis der er tale om en behandling efter sundhedsloven.

Substitutions- og Heroinklinikken

Baggrunden for dette notat er fund ved auditering i daglig praksis med fysisk tilstedeværelse i begge klinikker 1 gang samt ved semistruktureret interview. Indholdet i notatet skal ses som et kvalificeret nedslag på 6 udvalgte emner og det er **ikke** en fuld afdækning af området. Områderne er valgt på baggrund af et indledende fællesmøde med ledelsen og AMR.

Den lægefaglige del af selve den medicinske misbrugsbehandling er ikke medtaget i denne afrapportering, idet interviewererne ikke har de nødvendige kompetencer til at vurdere dette. Den umiddelbare opfattelse er dog, at det lægelige behandlingsområde er det som fungerer bedst og opleves som fagligt velfunderet i evidens på området.

De 6 udvalgte emner:

- Nuværende målgruppe holdt op imod oprindelige målgruppe
- Antal i behandling
- Borgersikkerhed i forhold til behandlingen
- Sikkerhed for personalet
- Tilstedeværende ressourcer i forhold til sikkerhed
- Kvaliteten af den individuelle socialfaglige handleplan

Følgende blev interviewet:

Centerchef, tilbudsleder, teamansvarlig sygeplejerske, behandlingsansvarlig læge, en social- og sundhedsassistent samt en sygeplejerske.

Der er på interviewtidspunktet 17 indskrevne, hvoraf 4 afsoner en fængselsdom. Der er således på undersøgelsens tidspunkt 13 i fremmøde i klinikken. Det er helt almindelig opfattelse, at der ofte er indskrevne, der

begår kriminalitet og afsoner fængselsdomme på trods af behandlingen i klinikken.

De borgere, der er indskrevet i Heroinklinikken er stort set alle rekrutteret fra substitutionsklinikken. Der angives at være to der bor i anden kommune. Ifølge de interviewede er der et stort sidemisbrug hos mange af brugerne.

Det er interviewers opfattelse at både det interviewede personale og ledelsen oprigtigt ønsker at gøre en forskel for målgruppen, men også at målgruppen for især heroinklinikken er skredet fuldstændigt i forhold til udgangspunktet.

Fund ved tilsyn i Heroinklinikken

Det blev oplyst, at de altid var tre medarbejdere på job - herunder minimum 2 autoriserede sundhedsfaglige medarbejdere. I de sundhedsfaglige bestemmelser står, at minimumskravet til normering er 2 autoriserede sundhedsfaglige medarbejdere i hele åbningstiden. Dette forhold er i overensstemmelse med vejledningen, idet det angives som minimumsnormering.

Det blev oplyst, at de tre medarbejdere arbejdede sammen om opgaveløsningen, således processen vedr. heroinbehandlingen ved den enkelte borger blev opdelt i delelementer med tjek af alkoholindtagelse og synlig sidemisbrug, injektion, observation og beredskab.

Når behandlings- og observationsdelen deles op på 3 personer, hvor den ene ikke er sundhedsfaglig uddannet, er det ikke i overensstemmelse med kravene til lægens medhjælp i forbindelse med heroinbehandling. Her fremgår det, at lægen **kun** må anvende autoriserede sundhedsfaglige personer som sin medhjælp i forhold til behandling med heroin. Opdelingen i en delproces, som varetages af 3 forskellige medarbejdere og hvoraf den ene ikke nødvendigvis er en autoriseret sundhedsfaglig medarbejder lever derfor **ikke** op til lovkravet om at bistå den lægelig medicinsk behandling af borgere i stofmisbrug.

Grundet meget høj medarbejderflow og sygdom blev der anvendt medarbejdere, som endnu ikke havde fået kursus fra lægen i forhold til observationer, behandling samt beredskab ved forgiftning. Dette er ikke i overensstemmelse med vejledningen, idet lægen har ansvar for, at de personer, der fungerer som medhjælp, har gennemgået et relevant uddannelsesprogram inden de tælles med i vagtplanen.

Hver af de 3 medarbejdere lavede bevidsthedsscore i alle delelementer i behandlingen. Bevidsthedsscoren baserede sig udelukkende på subjektive vurderinger fra 3 personer og der er således ingen garanti for en ens vurdering af borgerens tilstand gennem de tre delprocesser, hvilket besværliggør at kunne sammenholde scoringerne og opdage hvis borgeren bliver dårlig.

Objektive kriterier for vurderingen af borgere i behandling blev kun anvendt:

1. Hvis borger i en af faserne blev vurderet til at være synligt påvirket af alkohol (pusteprobe).
2. Synligt påvirket med tegn på iltmangel, meget påvirket bevidsthedstilstand eller påvirket vejtrækning.

I ovennævnte tilfælde blev der anvendt ilt-måler og givet ilt efter behandlingen. Det blev konstateret, at det habituelle iltniveau ikke var registreret i den sundhedsfaglige dokumentation og kunne derfor ikke sammenlignes med den målte værdi. Denne fremgangsmåde betyder i praksis, at man ikke forebygger vævsskade som følge af iltmangel, men i stedet kun måler iltindholdet og behandler, når skaden er sket.

Ifølge vejledningen er indikationen for behandlingen i første omgang at forebygge en forværring af patientens helbredstilstand og på længere sigt at opnå en forbedring af patientens livskvalitet – både socialt og helbredsmæssigt. Den lægelige behandling forudsættes at være en integreret del af den enkelte kommunes samlede behandlings- og omsorgstilbud til misbrugere. Det blev

oplyst, at kun 7 borgere havde givet samtykke til at modtage socialfaglig hjælp. Borgerne havde alle et sted at bo/sove ex. på forsorgshjemmet.

Der opleves tydelig mangel på struktur, systematik og standardisering i arbejdsgangene omkring borgerne og det påvirker borgersikkerheden før, under og efter behandlingen.

Det var ikke umiddelbart synligt i de behandlingsplaner, der var udarbejdet, hvad formålet med behandlingen, indsatsen og varigheden var vurderet til.

Dokumentation

Ved årsskiftet var man overgået til et nyt dokumentationssystem, men relevante data var ikke systematisk overført. Det betød, at man måtte kigge eller søge i 3 systemer, hvilket ikke blev gjort.

Det fremgik ikke nogen steder i dokumentationen, hvem der varetog borgers helbredsmæssige interesser selvom det er et lovkrav.

Det er et lovkrav, at der skal dokumenteres i 12 helbredstilstande. Der blev kun dokumenteret i én helbredstilstand (psykosocial). Der var ingen systematik i, hvad der var dokumenteret her. Ofte fremgik der kun behandlingsplanen fra lægen og de faste aftaler, der var lavet med borger om lægelig behandling i forbindelse med heroinbehandlingen. Det var ikke i alle tilfælde muligt at se den samlede medicinliste. Som følge heraf var det umuligt at være sikker på, at der var opfølgning på de kroniske lidelser relateret og betydende for misbrugsbehandlingen, herunder fx nyre-, hjerte- og lungelidelser samt sukkersyge og pågående infektioner. Det anbefales i vejledningen at behandlingen for stofmisbrug bør koordineres med egen læge. I forbindelse med opfølgning på kroniske sygdomme, blev borger henvist til andre involverede læger, men det blev nævnt, at der kun i enkeltstående tilfælde var ydet hjælp til at følge borger til disse undersøgelser/opfølgninger.

Det anbefales, at man samordner den sundhedsfaglige plan med den sociale misbrugsbehandling som del i en samlet handleplan. Det kunne ikke konstateres om dette var gjort. Rammen for et samarbejde i misbrugsbehandlingen var ikke synlig i dokumentationen.

Det blev konstateret, at der ikke var anbrudsdato på ikke-dispenserbar medicin, hvilket der skal være.

Der blev udført EKG i klinikken og der blev sikret regelmæssige opfølgninger på blodprøver i forhold til HIV og hepatitis.

Forebyggelse af medicinsvind

Boksen med misbrugsbehandlingspræparater blev konstateret åben ved besøget. Dette var begrundet i, at det tog 5 minutter at logge ind i det. Hver morgen låste man det op og så stod den åben hele dagen. Ligeledes var der adgang til heroin blandet på køl til en uge. Det betyder, at der ikke var den foreskrevne sikkerhed i forhold til medicinen, idet alle medarbejdere havde adgang til alt medicin, selvom opgaverne ikke gjorde dette nødvendigt.

Der blev ført nøje regnskab med det opblandede heroin, idet det blev afvejet dagligt. Tabletterne blev kun talt op 1 gang pr. uge, når der blev doseret til hele ugen. Dvs. i realiteten kunne der forsvinde tabletter løbende og dette kunne så konstateres en gang pr. uge og på den måde være umulig at opspore.

Fra interviewene

Formålet med behandlingen er ifølge lægen først og fremmest at stabilisere og skadesreducere og at man på landsplan ser, at antallet af brugere i heroinbehandling falder. Han oplever, at en del har gavn af behandlingen og at de kan opretholde en rolig og mere normal tilværelse. Samtidigt oplever han også, at de må "skrabe bunden" for at få det antal ind det kræver for at opretholde det økonomiske grundlag. Det betyder, at der hos mere end 1/3 af

brugerne er meget svære adfærdsmæssige udfordringer i samarbejdet omkring behandlingen. Disse brugere har samme hårde og truende adfærd, som i et vanligt misbrugsmiljø og hvor de ser lægen som deres pusher og behandler ham derefter.

Lægen foreslår, at der ansættes mere erfarent personale og at der afholdes mere teambuilding af personalet samt at der skabes muligheder for at medarbejderne kan opøve og vedligeholde de nødvendige kompetencer. Han foreslår, at de overskydende ressourcer fra projektmidler kan bruges til at hjælpe brugerne mere.

Der opleves ifølge både medarbejdere og ledelse, at nogle personaler bruger bevidsthedsscoren som et magtmiddel over for dem man ikke kan lide eller når man gerne vil tidligere hjem, så scores de til at skulle have en lavere dosis. De subjektive grænser giver anledning til gentagende konflikter. Der opleves, at brugerne efterspørger faste rammer, men at de ikke får det.

Medarbejderne oplever, at deres fysiske sikkerhed er ok i klinikken. Dette baseret på, at de har alarmer med direkte kald til politiet samt, at de kan trække sig tilbage i sikringsrum. Det blev dog observeret, at der i lægens konsultationskontor ikke er en flugtvej og at de fysiske rum har smalle og kringledede gange, hvor det er svært at skabe en fysisk afstand til den man går forbi. Det er tydeligt, at huset som behandlingen foregår i, fremstår som et almindeligt parcelhus og derfor ikke er egnet til formålet i forhold til flow og sikkerhed for både personalet og borgerne.

Der har gennem lang tid været et stort sygefravær og flowet i personalegruppen bevirker, at personalet ikke er tilstrækkeligt oplært inden de tæller med i normeringen. Der er en del af medarbejdergruppen, som ikke vurderes til at have tilstrækkelig faglig viden om de potente lægemidler som behandlingen og beredskabet består af og de opleves ikke interesseret i selv at læse op på det.

Der foregår ikke kontinuerlige simuleringsøvelser i forhold til behandlingen af respirations- og hjertestop. Der mangler tid og struktur til observationsdelen.

Der er altid tre personaler på arbejdet i Heroinklinikken, hvilket ofte belaster personalefremmødet og kontinuiteten i Substitutionsklinikken, da det er dem, der må rokere.

Der er sammenstemmende en oplevelse af, at der er små grupperinger som har en tryghed ved hinanden, men at den samlede personalegruppe ikke oplever at have et arbejdsfællesskab og ikke har tillid til hinanden.

Der opleves fra interviewer en kompetent og meget motiveret ledergruppe. Den daglige leder, som har været længst ansat har været i stillingen i 6 mdr. Hun oplever at have overtaget en gruppe, som er meget splittet samt at der ligger oplevelser i gruppen med massiv mangel på tillid til de tidligere ledelser på stedet, som fortsat præger det daglige arbejdsmiljø. Der var ved overtagelsen og til dels stadig en kultur præget af "det vilde vesten og et lovløst land". Personalet udnyttede under tidligere ledelse situationen og forlangte fastholdelsestillæg for ikke at rejse eller sygemelde sig op til sommerferien eller i perioder med stort sygefravær. Ledelsen har de sidste 6 mdr. handlet på de udfordringer, der er og oplever, at tilliden begynder at vende tilbage ved dele af personalet. Dette bekræftes i interviewene med medarbejderne.

Tilbudslederen og Centerchefen rejser under interviewet spørgsmålet: "Hvad bidrager Heroinklinikken egentligt med?" Og det er ledelsens opfattelse, at der er en gennemgribende forråelse i medarbejdergruppen. Lederne ønsker mest af alt at de kan få muligheden for at starte helt forfra med at bygge det samlede tilbud op, men at det vil kræve en nødvendig udskiftning i store dele af den nuværende personalegruppe.

Det fremhæves fra både ledelse og medarbejdere, at indsatsen for de unge skal prioriteres langt højere end det sker for nuværende. De unge skal adskilles fra

den ældre og mere hardcore gruppe, så de ikke bliver påvirket eller udnyttet af denne gruppe.

Der angives, at der ses en udfordring i, at mange brugere i Substitutionsklinikken får udleveret medicin i op til 14 dage. Der er en oplevelse af, at nogle af brugerne ikke tager medicin selv, men sælger medicinen videre.

Det opleves, at arbejdet er meget fragmenteret organiseret og der er ikke rum til det relationsopbyggende arbejde, som det kræver at kunne understøtte brugernes motivation for at indgå i en socialfaglig handleplan.

Medarbejder angiver at opleve, at de bliver opfordret til at låne deres login ud til afløsere, og at der ikke er tid og ro til at tælle lager op som det er foreskrevet for at sikre mod svind. Begge dele er et brud på lovkravene.

Medarbejderne efterlyser, at ledelsen går mere ind og er med til at sætte restriktioner op ved uacceptabel adfærd fra brugerne, ex. give karantæne. Medarbejderne ser ikke grænsesætning som en del af deres relationsarbejde for det mener de, at ledelsen skal tage sig af.

Medarbejderne fremfører, at rekruttering af de rette brugere jf. målgruppebeskrivelsen ex. kan foregå via gadesygeplejersker eller andre med mere kendskab til at finde de rette brugere, som kan få den tiltænkte gavn af tilbuddet. De efterlyser mere tid til at kunne sikre den sundhedsfaglige kvalitet og sikre den nødvendige dokumentation og sikre bedre sammenhæng i en helhedsindsats.

De største bekymringer fra de interviewede

Hvordan få vi nedbrudt den hårde kerne af forråelse i kulturen hos medarbejderne? (ledelsen)

Fortsat medarbejdersanktioner ved utilfredshed med kollektive sygemeldinger. (ledelse)

Udfordring med rekruttering af nok borgere, så klinikken kan fortsætte med de min. 20 indskrevne. (lægen)

Udfordringer med rekruttering og fastholdelse af kompetent sundhedsfagligt personale. (ledelse og medarbejdere)

Manglende arbejdsfællesskab og tillid blandt kollegaerne (medarbejderne)

Fund i Substitutionsklinikken:

Det blev observeret, at der foregik identifikation af patienter som foreskrevet i lovgivningen. Identifikationen og kommunikationen foregik gennem en luge til venteværelset, hvor andre borgere ligeledes ventede.

I medicinskabet var nogle borgeres medicin i borgers egen kasse. Det blev angivet, at det var borgere i op- og nedtrapning samt borgere, hvor der blev anvendt andre medicinske præparater i udtrapningen end dem der var i praksis. Som ex. dem der havde misbrugt Rivotril, udtrappede også i Rivotril, hvilket ikke var en del af praksisbeholdningen.

Alle medarbejdere på arbejde havde adgang til alt medicin hele tiden, mens de var i dagvagte. Medarbejderne brugte brik, når de gik ind om morgenen og borgere/patienter kunne ikke komme ind. Der blev optalt lager en gang pr. uge. Det blev angivet, at der af og til var differencer. Daglig teamleder oplyser efterfølgende, at medicinen fortrinsvis opbevares med lås på skab og skuffer med medicin, så der føres log, hvilket dog ikke fremgik ved tilsynet.

Lige under disken var alt den medicin, der var planlagt til at skulle udleveres den pågældende dag til alle borgere i én beholder. Det er ikke i overensstemmelse med lovgivningen, idet det foreskrives, at borgeres medicin skal være tydelig adskilt fra andre borgeres medicin.

Stedets praksis er at logge ind i EKJ (lagerstyring og lægesystem) og administrere medicin fra det lokale medicinkort. Der er ikke praksis for at logge ind i FMK, medmindre der var et lægenotat vedr. substitutionsmedicin, som godtgjorde nødvendigheden af at opdatere.

Daglig teamleder har efterfølgende sendt nedenstående. EKJ synkroniserer med FMK og borgerens medicin fremgår af overblikket i EKJ. Arbejdsgangen for ny eller ændret ordination er følgende:

1. Lægen ordinerer medicin enten mundtligt via fremmøde i klinikken eller via opkald eller skriftligt via journalsystemet Sensum One, som også er det journalsystem, der bruges til dokumentation af observationer og helbredstilstande.

2. Personalet læser ordination og dispenserer medicin i EKJ. Her oplyses, at personalet kan lave et "udkast" som lægen så skal godkende, men personalet kan også vælge at dispensere medicinen uden lægens godkendelse - dog på baggrund af ordinationen i Sensum One, men dette er en meget risikofyldt arbejdsgang.

3. Ordinationstidspunkterne fastsættes af personalet.

Medicinen udleveres og kvitteres i EKJ. Der kvitteres dog også i Sensum One om borgeren er fremmødt og har fået behandling. En mulig dobbelt dokumentation fordi systemerne ikke snakker sammen.

Selvom daglige teamleder ovenfor beskriver en mere struktureret arbejdsgang, ses dette ikke ved tilsynet og der vil stadig være en stor fejlrisiko, idet der havde været eksempler, hvor op- og nedtrapning var ordineret i FMK og personalet ikke havde opdaget dette, idet lægen ikke havde sendt en korrespondance herom. Arbejdsgangen bryder ligeledes med det enstrengede ordinationsprincip. Det er meget problematisk at lægerne ikke ordinerer behandlingen direkte i FMK som det er besluttet nationalt og som gælder for alle læger i Danmark.

Måden som praksis foregår på betyder, at personalet ikke altid ved, hvad borger ellers behandles for. Personalet er ikke bekendt med relevante ting, som ex. at en borger er i behandling for rusen ved siden af, at borger får antipsykotika, antidepressiva, har sukkersyge eller lignende. Dvs. personalet interesserer sig ikke for andet end misbrugsbehandlingen.

Personalet ved ikke, om der er relevant opfølgning på andre lidelser, der relaterer sig til misbruget. Dette kom ligeledes til udtryk ved, at flere borgeres dokumentation ikke var overført til det nye system, selvom dette system har været brugt siden 1.1.25. Der dokumenteres kun en helbredstilstand (psykosocial) og ikke de 12 helbredstilstande som lovgivningen foreskriver.

Der var bevidsthed om Metadonbehandling samt blodprøver i relation til misbrug (HIV, hepatitis) men der blev ikke givet B-combin og Thiamin forebyggende til borgerne. Ligeledes foreskriver vejledningen, at man skal være bevidst om selvmordsrisiko scoring ved borgere i antipsykotisk medicin. Det var der ikke bevidsthed om blandt plejepersonalet. Den daglige teamleder tilføjer, at der også mangler opmærksomhed på borgere disponeret for respirationspåvirkning grundet andre sygdomme som KOL eller sidemisbrug med opioider.

På tilsynet blev det konstateret, at en borger stod og græd i venteværelset ved glaslågen idet hun havde svært ved at møde 4 steder spredt ud over dagen. Kommunikationen omkring dette foregik mens en anden borger var i venteværelset.

Personalet lavede udkast i det lokale EKJ-system til op- og nedtrapningsplaner som lægen så godkendte løbende. Dette uden, at der foregik en speciel oplæring heri.

Det blev konstateret, at der var Buccolam til behandling af kramper. Der var ikke Nalaxone til stede, hvilket der burde være. Dette mente personalet ikke var det store problem, idet der ikke var akutte forgiftninger på stedet, fordi det er

tabletbehandling. Der angives dog ofte at være massivt sidemisbrug, hvilket betyder at der er en risiko.

Det bemærkes, at der ikke er scoret vitale værdier i dokumentationen. Der er således heller ikke et udgangspunkt for vurdering af scoringer, hvis borger bliver dårlig. Borgerne bevidsthedsscores ikke dagligt og der tages ingen værdier, medmindre dette er specielt ordineret. Hvis personalet fik indtryk af, at borgerne var påvirkede, kunne de tage en pusteprobe for alkohol eller en urinprøve.

Det kan ikke udelukkes, at borgere i noget omfang har sidemisbrug uden dette opdages, idet der ikke dagligt er objektive scoringer. Ved stærk mistanke om sidemisbrug blev der angivet, at man tog urinprøve og at 3 personaler tjekkede resultatet. Der var ikke opmærksomhed på, om prøven kunne være iblandet vand, idet temperaturen på urinen ikke var en del af observationen fra personalets side.

Der skal være forsigtighed ved både indgift med Buccolam og Nalaxone, idet nogle lidelsers behandling forstærker eller formindsker dets effekt.

Ex. skal Nalaxone-behandling gives med stor forsigtighed bl.a. ved borgere med svær hypertension, hjertearytmier, tendens til lungeødem og lign. KOL, nyre-, lever- eller hjerteproblemer kan ligeledes være et problem ved behandling med Buccolam. Alkohol forstærker virkningen heraf. Disse forhold er der ikke opmærksomhed på og heller ikke opmærksomhed på interaktioner, virkning og bivirkning ved den samlede behandling. Dette understøttes af, at de "normale" værdier ikke kendes.

De sociale indsatser understøtter ikke misbrugsbehandlingen, idet det ikke er registreret, hvilke sociale indsatser, der kan understøtte behandlingen.

På Misbrugsklinikken blev det angivet, at det var en udfordring, at ikke alt nyansat personale havde været på undervisning i håndteringen af overdosering, inden de gik i vagt. Personalet blev ikke undervist i, hvordan man lavede op- og

nedtrapningsplaner i EKJ i introperioden. Nyt personale blev henvist til at slå op på stof.dk, hvor de selv kan søge yderligere information.

Kort opsummering fra substitutionsklinikken

Ingen overholdelse af den lovpligtige medicinadskillelse mellem borgernes medicin.

Manglende opdatering af lokalt medicinkort via FMK ved udlevering af piller med stor risiko for fejl i dispenseringerne og administration.

Store mangler i forhold til en helhedsorienteret behandling og mangler i etikken med manglende diskretion og fortrolighed, idet borger stod og kommunikerede med personalet i venteværelset med andre borgere tilstede.

Ingen opmærksom på forebyggelse og sammentænkning med sociale indsatser samt opfølgning på kroniske sygdomme uden for misbrugsregi af relevans for behandlingen.

Mangelfuld oplæring af nyt personale inden de medregnes i vagtskemaet i forhold til ordination af op- og nedtrapninger i udkast til lægen i EKJ. Mangelfuld oplæring i forhold til sidemisbrug og dets effekt i forhold til planlagt behandling. Mangelfuld oplæring om forpligtelse til at reagere på virkning og bivirkninger ved den samlede behandling, der relaterer sig til misbruget.