

Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin

(Lovkrav og anbefalinger)

Indholdsfortegnelse

1. Indledning

- 1.1 Formål, indhold og metode
- 1.2 Behov for behandling
- 1.3 Anvendte begreber
 - 1.3.1 Rusmidler
 - 1.3.2 Afhængighed
 - 1.3.3 Stofbrug
 - 1.3.4 Stofmisbrug
 - 1.3.5 Substitutionsbehandling
 - 1.3.6 Opioider
 - 1.3.7 Patienter/personer med stof(mis)brug

2. Samtykke og videregivelse af helbredsoplysninger

- 2.1 Samtykke til behandling
 - 2.1.1 Information
 - 2.1.2 Øjeblikkeligt behandlingsbehov
 - 2.1.3 Frivillighed
 - 2.1.4 Samtykkets indhold
 - 2.1.5 Samtykkets form
- 2.2 Videregivelse af helbredsoplysninger i forbindelse med behandling
 - 2.2.1 Videregivelse af helbredsoplysninger m.v. med samtykke
 - 2.2.2 Videregivelse af helbredsoplysninger uden samtykke
- 2.3 Indhentning af elektroniske helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling af patienter
- 2.4 Journalføring
- 2.5 Aktindsigt

3. Behandlingsrettigheder

- 3.1 Lægesamtale
- 3.2 Tidsfrist for igangsættelse af behandling
- 3.3 Frit valg af behandlingstilbud

- 3.4 Anonym ambulant stofmisbrugsbehandling
- 4. Respektfuld og inddragende tilgang**
 - 4.1 Inddragelse af patienterne
 - 4.2 Inddragelse af patientens nærmeste netværk
 - 4.3 En respektfuld samtalekultur med dialog
- 5. Tværfagligt samarbejde**
 - 5.1 Koordination og integration med den sociale stofmisbrugsbehandling
 - 5.2 Behandlingsplaner
 - 5.3 Handleplan
 - 5.4 Samarbejde om og sammenhæng i stofmisbrugsbehandlingen
- 6. Lægers opgaver og ansvar**
 - 6.1 Udredning og visitation
 - 6.2 Lægelige behandlingsplaner
 - 6.3 Kontakt mellem patienten og behandlingsinstitutionen
 - 6.4 Samarbejde og kontakt med andre læger
 - 6.5 Den praktiserende læges rolle
 - 6.6 Andre aktørers forpligtelser
 - 6.7 Behandling af afhængighed af lægeordineret medicin
 - 6.8 Delegation af den lægelige substitutionsbehandling
 - 6.9 Lægens benyttelse af medhjælp ved medicingivning
- 7. Symptomer og diagnostik**
 - 7.1 Definition af begreber
 - 7.1.1 Kliniske manifestationer i relation til misbrug af opioider
 - 7.2 Udredning af misbrugstilstanden
 - 7.2.1 Misbrugsanamnese
 - 7.2.2 Objektiv undersøgelse
 - 7.2.3 Diagnoser
 - 7.3 Journalføring
- 8. Telemedicinsk behandling**
 - 8.1 Iværksættelse af behandling kræver lægens tilstedeværelse
 - 8.2 Konkrete vurderinger
 - 8.3 Forudsætninger for telemedicinsk lægekontakt
 - 8.3.1 Journaladgang m.v.
 - 8.3.2 Anvendelse af medhjælp
 - 8.3.3 Udarbejdelse af instrukser
 - 8.4 Afrusning og behandling med benzodiazepiner
- 9. Somatisk komorbiditet**
 - 9.1 Injektionsrelaterede sygdomme
 - 9.1.1 Lokale infektioner i og omkring injektionsstedet
 - 9.1.2 Systemiske bakterielle infektioner
 - 9.1.3 Kar læsioner m.m.

- 9.2 Livsstilssygdomme
 - 9.2.1 Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)
 - 9.2.2 Tuberkulose
 - 9.2.3 Tandsygdomme
 - 9.2.4 Seksuelt overførte infektioner
 - 9.2.5 Traumer
- 9.3 Virale infektioner: Hepatitis A, B og C samt human immundefekt virus (hiv)
 - 9.3.1 Indsatser til forebyggelse af hepatitis C
 - 9.3.2 Ordination og tolkning af blodprøver
 - 9.3.3 Smitteopsporing
 - 9.3.4 Profylakse efter udsættelse for smitterisiko

10. Psykiatrisk komorbiditet

- 10.1 Rusmiddeludløste psykiatriske symptomer/lidelser
- 10.2 Akut psykiatrisk vurdering
- 10.3 Behandlingsstrategi
 - 10.3.1 Henvisning til psykiatrisk regi
 - 10.3.2 Ansvarsfordeling mellem kommuner og regioner
 - 10.3.3 Samarbejde mellem kommuner og regioner

11. Medikamentel substitutionsbehandling

- 11.1 Indikationer
- 11.2 Principper for valg af behandlingspræparat
- 11.3 Bivirkninger
- 11.4 Buprenorfin
 - 11.4.1 Iværksættelse af behandling med buprenorfin
 - 11.4.2 Præcipiterede abstinenssymptomer
 - 11.4.3 Intervaldosering
 - 11.4.4 Nedtrapning
 - 11.4.5 Skift fra metadon til buprenorfin
 - 11.4.6 Skift fra buprenorfin til metadon
 - 11.4.7 Antagonistbehandling ved overdosering
- 11.5 Metadon
 - 11.5.1 Iværksættelse af behandling med metadon
 - 11.5.2 Hjerterytmeforstyrrelser
 - 11.5.3 Omstilling fra metadon til langtidsvirkende morfinpræparat
 - 11.5.4 Nedtrapning
- 11.6 Smertebehandling
 - 11.6.1 Akut opståede smertetilstande
 - 11.6.2 Kroniske smertetilstande
- 11.7 Behandling med injicerbar metadon
 - 11.7.1 Indikation for behandlingen
 - 11.7.2 Lægeundersøgelser
 - 11.7.3 Dosering, administrationsform, organisatoriske og fysiske rammer m.v.
 - 11.7.4 Monitorering af behandlingen

- 11.8 Akut iværksættelse af abstinensbehandling ved opioidafhængighed hos patienter, som lægen har et ringe eller intet kendskab til
- 11.9 Behandling med lægeordineret heroin
 - 11.9.1 Indikationer
- 11.10 Behandling med naltrexon
- 11.11 Udeblivelse fra afhentning af substitutionsmedicin
- 11.12 Kontrol af behandlingen
 - 11.12.1 Nye behandlingsforløb
 - 11.12.2 Stabile behandlingsforløb
 - 11.12.3 Kontrolforanstaltninger
 - 11.12.4 Afbrydelse af substitutionsbehandlingen
- 11.13 Substitutionsbehandling og kørekort

12. Blandingsmisbrug

- 12.1 Alkohol
 - 12.1.1 Behandling af alkoholmisbrug
- 12.2 Benzodiazepiner
 - 12.2.1 Håndtering af samtidigt kronisk benzodiazepinbrug

13. Anvendelse af urinanalyser

- 13.1 Indikation
- 13.2 Påvisning af stof- og medikamentindtagelse i urinprøver
- 13.3 Sikring af urinprøvens kvalitet
- 13.4 Analysemetoder
- 13.5 Påvisningstider

14. Forebyggelse af uønsket graviditet

15. Behandling af gravide kvinder med et stofbrug

- 15.1 Risiko for skader hos børn født af kvinder med misbrug
- 15.2 Tidlig kontakt, henvisning af det regionale familieambulatorium
- 15.3 Tværsektoriel og tværfaglig svangreomsorg
 - 15.3.1 Familieambulatorier
- 15.4 Substitutionsbehandling af opioidafhængige under graviditet og fødsel
 - 15.4.1 Amning
- 15.5 Behandling af gravide med alkohol- og benzodiazepin abstinenssymptomer
- 15.6 Tavshedspligt og underretningspligt
- 15.7 Abortrådgivning
- 15.8 Særlig støtte til vordende forældre
- 15.9 Retten til at få tilbudt kontrakt om behandling for stofbrug med mulighed for tilbageholdelse i behandling

16. Indberetningspligter

- 16.1 Stofmisbrugsdatabase
 - 16.1.1 Indberetning af opioid substitutionsbehandling
 - 16.1.2 Indberetning af lægesamtaler, tidsfrist for behandling og frit valg
 - 16.1.3 Indberetning af lægelig stofmisbrugsbehandling og indsats mod hepatitis C

- 16.2 Indberetning af behandling med heroin og injicerbar metadon
- 16.3 Indberetning af klinikkernes brug af heroin (diacetylmorfin)
- 16.4 Anmeldelse af patienter diagnosticeret med smitsomme sygdomme
 - 16.4.1 Hepatitis
 - 16.4.2 Hiv

17. Myndighedernes tilsyn og inspektion

- 17.1 Generiske målepunkter
- 17.2 Specifikke målepunkter for misbrugscentre
- 17.3 Lægemedelstyrelsens inspektion
- 17.4 Socialtilsyn

1. INDLEDNING

Denne vejledning er en revideret og udbygget version af substitutions- vejledningen fra 2008, som hermed udgår.

Vejledningen er udarbejdet særligt med henblik på brug i den lægelige behandling af patienter med et stofmisbrug i substitutionsbehandling i kommunerne, men vejledningen gælder også hvor substitutionsbehandling finder sted i almen praksis, i sygehusregi eller i Kriminalforsorgen.

Ikke alle læger må udskrive afhængighedsskabende lægemidler til substitutionsbehandling. Ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofbrug kan alene foretages af læger ansat i lægestillinger ved kommunale, regionale eller private institutioner i de behandlingstilbud, kommunalbestyrelsen etablerer eller indgår aftaler om¹⁾²⁾. Dog kan enkeltstående ordinationer som led i abstinensbehandling af kort varighed foretages af andre læger. I denne vejledning omhandler begrebet ”lægen” alene disse læger med særlig ordinationsret. Hvor andre lægetyper optræder, er det udtrykkeligt præciseret, om der er tale om praktiserende læge, hospitalslæge osv.

1.1 FORMÅL, INDHOLD OG METODE

Formålet med denne vejledning er at beskrive, hvordan reglerne i sundheds- og autorisationslovene for den lægelige behandling af patienter med et stofmisbrug i substitutions- behandling skal forstås og dermed bidrage med en fortolkning af den omhu og samvittighedsfuldhed, en læge skal udvise ved behandling af personer med et misbrug af opioider³⁾.

Vejledningen beskriver endvidere behandlingsrettigheder for patienter med et stofmisbrug. Den enkelte patient, som ønsker at komme i stofmisbrugsbehandling, skal vejledes om sine rettigheder – både om retten til en lægesamtale, fristen for igangsættelse af behandling, muligheden for frit valg af behandlingssted og om de rettigheder, der har til formål at sikre respekten for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse.

Den lægelige behandling i denne sammenhæng omhandler alene substitutionsbehandling for misbrug af heroin og andre opioider, der kan behandles med afhængighedsskabende lægemidler og omfatter således ikke misbrug af lægeordineret medicin eller misbrug af fx hash, kokain eller amfetamin.

På kommunale behandlingscentre for patienter med et problematisk stofbrug ordineres og håndteres afhængighedsskabende lægemidler i stort omfang, hvoraf de mest benyttede har et højt misbrugspotentiale og vil kunne medvirke til dødelige forgiftninger. Hertil kommer, at disse behandlinger gives ambulantly ganske mange steder i landet af læger med forskellig uddannelse og erfaring. Og det til patienter med komplekse og mangeartede problemer. Disse udfordringer kræver derfor, at området har specifikke og ty-

delige sundhedsfaglige retningslinjer, så brugerne alle steder kan modtage ensartede behandlingstilbud af høj kvalitet og faglig relevans.

Udover opdatering med ny lovgivning har baggrunden for revisionen været et ønske om at gøre substitutionsbehandlingen sikrere for patienterne, så sygelighed og dødsfald fremover begrænses. Dette er forsøgt imødekommet ved opmærksomhed på internationale behandlingsstandarder, som er tilpasset danske forhold under hensynstagen til erfaringer fra dansk klinisk praksis.

Vejledningen præciserer de områder, der siden sidste udgave har vist sig at være uklare. Behandlingsprincipperne er gjort tydeligere, ligesom brug af telemedicinske løsninger er inkluderet i vejledningen.

Under hensynstagen til sikkerhed og faglighed skal vejledningen understøtte, at substitutionsbehandlingen bliver mere attraktiv for den del af målgruppen, der i dag ikke søger hjælp i det kommunale behandlingssystem.

Rent metodisk har Sundhedsstyrelsen forud for revisionen bestilt et fagligt og vidensbaseret bidrag om medikamentel substitutionsbehandling bestående af et fokuseret review, og en gennemgang af den nyeste litteratur fra relevante lande og fra autoritative internationale institutioner gennem især de seneste år⁴). Gennemgangen inkluderer og bygger videre på andres tidligere udførte metaanalyser og sammenfatninger, der er publiceret siden Sundhedsstyrelsens vejledning fra 2008. Rapportens anbefalinger er justeret til danske forhold gennem bidrag fra en faglig arbejdsgruppe af misbrugs læger fra hele landet⁵). Ligesom en lang række interessenter er blevet konsulteret og hørt undervejs.

1.2 BEHOV FOR BEHANDLING

Ud fra lidt ældre beregninger skønnedes der at være 13.000 aktive personer i Danmark med et aktivt injektionsmisbrug på landsplan⁶), som primært var brugere af opioider. Halvdelen befandt sig øst for Storebælt, og mellem halvdelen og 2/3 var ikke kendt i behandlingssystemet.

Udviklingen viser aktuelt, at færre søger behandling i det kommunale misbrugssystem med heroin som hovedproblem⁷). Den seneste opgørelse fra registeret over stofmisbrugere i behandling viser, at knap 6.500 personer har været i substitutionsbehandling i kommunalt regi i 2014.

En nyere opgørelse viser, at personer med opioidmisbrug er den mest belastede gruppe i forhold til stofbrug, kriminalitet og somatisk og psykisk helbredstilstand⁸).

Ifølge dødsårsagsregisteret forekom 247 narkotikarelaterede dødsfald i 2014. Af disse udgjorde 90 % forgiftningsdødsfald, alt overvejende på grund af overdoser⁷). Fra Rigs- politiets opgørelser forekom i 2015 245 dødsfald, heraf 68 % forgiftninger med et eller flere stoffer, mens 28 % skyldtes anden form for narkotikarelateret død - fx anden ulykke end forgiftning, sygdom eller en ukendt dødsårsag⁷). Analyser gennem årene viser, at der hovedsagligt er tale om forgiftningsdødsfald som følge af et blandingsmisbrug. Blandt døde, hvor dødsfaldet er narkotikarelateret, påvises gennemsnitligt 3 til 5 stoffer⁷).

En undersøgelse fandt, at 51 % af personer med forgiftningsdødsfald var indskrevet på et misbrugscen- ter på død tidspunktet, hvilket er højere end tilsvarende internationale undersøgelser⁹).

I 2015 blev registreret 2484 forgiftninger med illegale stoffer på landets skadestuer⁷).

Et stigende antal, der primært skyldes forgiftninger med "andre" opioider (ikke heroin), metadon, stofgruppen centralstimulerende stoffer (amfetamin og kokain) samt cannabis. Opioider, herunder heroin og metadon, er forgiftningsårsag blandt de lidt ældre.

Hertil kommer, at der på psykiatrisk afdelinger er der sket en fordobling de seneste 10 år af antal personer med stofrelaterede bi-diagnoser til over 7000 i 2015. Stigningen ses dog mest markant i forhold til bi-diagnoser relateret til cannabis⁷).

Infektionssygdomme spredes hyppigt blandt intravenøse stofbrugere men underdiag- nosticeres, da mange ikke undersøges (regelmæssigt). Dette gælder især for hepatitis C.

Der eksisterer således en særlig udfordring i forhold til at højne kvaliteten af misbrugs- behandlingen, herunder forebyggelse af forgiftninger. Det er vist, at en sundhedsfaglig og psyko-social behandling af høj kvalitet på et misbrugscenter nedsætter risikoen for forgiftningsdød for den enkelte stofbruger¹⁰).

1.3 ANVENDTE BEGREBER

1.3.1 Rusmidler

Rusmidler betegner alle substanser, som indtages med henblik på at opnå en rusvirkning og omfatter opioider, benzodiazepiner, centralstimulantia, hallucinogener, cannabis og alkohol. (Nikotin, kaffe og te tilhører også gruppen, men er ikke medtaget i denne sammenhæng). Stoffer omfatter rusmidler minus alkohol.

Narkotika er de rusmidler, som ifølge lov om euforiserende stoffer er forbudte. Der er tale om et juridisk begreb, som går på tværs af den normale farmakologiske gruppering.

1.3.2 Afhængighed

Afhængighed betegner den tilstand, hvor en person er afhængig af et stof, dvs. når tre eller flere af seks af WHO's kriterier for afhængighed er opfyldt.

1.3.3 Stofbrug

Stofbrug er en fællesbetegnelse for eksperimenterende brug, regelmæssigt brug, stofmisbrug og afhængighed.

Ved eksperimenterende brug forstås et sjældent og korterevarende brug af narkotika. Eksperimenterende brug kan glide over i regelmæssigt brug af stoffer. Regelmæssigt brug betegner et gentagen og længerevarende brug af narkotika. Regelmæssigt brug kan glide over i stofmisbrug og/eller afhængighed.

1.3.4 Stofmisbrug

Stofmisbrug betegner et vedvarende og skadeligt brug af narkotika. Skaderne vedrører brugerens psykiske og fysiske tilstand samt sociale relationer.

1.3.5 Substitutionsbehandling

Erstatning af stofindtagelse med et mere hensigtsmæssigt lægemiddel med henblik på behandling af afhængighed.

1.3.6 Opioider

Forbindelser, der kan binde sig til opioid-receptorerne i blandt andet centralnervesystemet, hvor de har en smertestillende effekt. Andre, ofte uønskede virkninger af opioider er kvalme, forstoppelse, hæmning af åndedrætsrefleks, eufori og sløret bevidsthed. Opioiderne kan selv efter kort tids brug give tilvænning og afhængighedsproblemer.

En vigtig undergruppe er opiumsalkaloider, også kaldet opiater, der fremstilles af opiumvalmuer som fx morfin, heroin, kodein og oxycodon.

Der findes en række syntetiske opioider, som ikke er kemisk beslægtede med opiaterne, og flere af disse stoffer er meget potente. Eksempelvis metadon, buprenorphin, fentanyl, ketobemidon, pethidin og dextropropoxyphen.

1.3.7 Patienter/personer med stofmisbrug

Ordet stofmisbruger er i denne vejledning forladt i brødteksten og kun anvendt i henvisninger til love, bekendtgørelser og registre, hvori denne betegnelse indgår i navnet. Ordet er i teksten erstattet af forskellige synonymer såsom personer/patienter med stof(mis) brug/stofafhængighed. Begreberne misbrug og misbrugsbehandling er fastholdt.

Om nærmere definition af de anvendte begreber henvises i øvrigt til kapitel 7 om symptomer og diagnose.

2 SAMTYKKE OG VIDEREGIVELSE AF HELBREDSOPLYSNINGER

Bestemmelserne i sundhedsloven¹¹⁾ sikrer respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse. Loven indeholder bl.a. regler om patienters retsstilling, dvs. sundhedspersonens pligt til at give information og indhente en patients samtykke til behandling m.v., om patientens adgang til aktindsigt og om sundhedspersoners tavshedspligt og videregivelse og indhentelse af helbredsoplysninger mv. Der er tale om grundlæggende regler, der regulerer forholdet mellem patient og sundhedsperson.

2.1 SAMTYKKE TIL BEHANDLING

En (substitutions)behandling må ikke indledes eller fortsættes uden, at patienten har givet sit informerede samtykke – medmindre andet følger af lov eller bestemmelser fastsat i henhold til lov. Samtykkekravet understreger patientens selvbestemmelsesret. Et samtykke til behandling (undersøgelse, diagnosticering, sygdomsbehandling, fødselshjælp, genoptræning, sundhedsfaglig pleje samt forebyggelse og sundhedsfremme i forhold til den enkelte) er patientens frivillige accept af at ville modtage en bestemt behandling.

2.1.1 Information

Samtykket skal være baseret på fyldestgørende information. Et samtykke er gyldigt, når patienten forud for sin stillingtagen har modtaget den nødvendige og tilstrækkelige information om behandlingsmuligheder, risici m.v., og patienten er i stand til at overskue konsekvenserne af sit samtykke. Patienten har ret til at få information om sin helbredstilstand og om behandlingsmulighederne, herunder om risiko for komplikationer og bivirkninger. Lovens krav til informationens indhold er minimumskrav. Den enkelte patients særlige situation kan bevirke, at yderligere information er nødvendig.

2.1.2 Øjeblikkeligt behandlingsbehov

I situationer, hvor øjeblikkelig behandling er påkrævet for patientens overlevelse eller for på længere sigt at forbedre patientens chance for at overleve eller for at opnå et væsentligt bedre resultat af behandlingen, kan en sundhedsperson indlede eller fortsætte en behandling uden samtykke fra patienten eller fra forældremyndighedens indehaver, nærmeste pårørende eller værge.

Det gælder både, når patienten midlertidigt er ude af stand til at tage stilling til behandling fx på grund af bevidstløshed og ved behandling af patienter, der varigt er ude af stand til at give samtykke til behandling eller er under 15 år.

2.1.3 Frivillighed

Et samtykke skal være frivilligt. Et samtykke, der er givet under pres, tvang eller svig er ikke gyldigt. Lægen bør naturligvis fortælle patienten, hvad der efter den pågældendes opfattelse vil være det fagligt bedste for patienten, men lægen skal være varsom med at gå så langt i sine overtalelser, at der kan blive tale om utilbørlig påvirkning af patienten.

patienten kan ikke bestemme, hvilken specifik lægefaglig behandling, der skal tilbydes. Det er lægen, der er ansvarlig for valg og udførelse af substitutionsbehandlingen, på baggrund af en faglig vurdering af,

hvad der er fagligt mest korrekt. Lægen bør dog i videst muligt omfang lade patientens ønsker indgå i sin vurdering.

En patient kan på et hvilket som helst tidspunkt tilbagekalde sit samtykke til behandling.

2.1.4 Samtykkets indhold

Samtykket skal være givet til en konkret behandling. Dette indebærer, at det skal være klart og utvetydigt, hvad samtykket omfatter. Både i forhold til hvilken behandling, herunder behandlingsmetode, der må foretages, og hvad der er formålet med behandlingen.

Samtykket skal være informeret, og lægen må således sikre sig, at patienten er tilstrækkeligt informeret om behandlingen til at vide, hvad han/hun giver samtykke til. Den information, som lægen giver til patienten, er med til at præcisere og konkretisere samtykkets rækkevidde.

Samtykket skal også være aktuelt, det vil sige givet til behandling, der skal foretages i nærmeste fremtid og ikke på et uvist tidspunkt i fremtiden. Hvis der kommer nye oplysninger, eller der sker ændringer i behandlingsplanen, skal der indhentes fornyet samtykke.

2.1.5 Samtykkets form

Samtykket kan være udtrykkeligt (mundtligt eller skriftligt) eller efter omstændighederne stiltiende.

Et samtykke er udtrykkeligt (mundtligt eller skriftligt), når patienten bevidst og konkret giver udtryk for, at han/hun er indforstået med den påtænkte behandling. Et mundtligt samtykke er tilstrækkeligt for, at lægen kan indlede eller fortsætte en behandling, men det skal fremgå af patientens journal, hvilken information patienten har fået, og hvad patienten har tilkendegivet på baggrund af denne information. Et skriftligt samtykke vil sjældent være nødvendigt, og patienten har ikke pligt til at underskrive et sådant.

Der foreligger et stiltiende samtykke, hvor patientens signaler og opførsel må forstås sådan, at der foreligger et samtykke på baggrund af den givne information. Et stiltiende samtykke vil kun være gyldigt, hvis det er utvivlsomt, at patienten gennem sin adfærd har tilkendegivet enighed om behandlingsforslaget eller dele heraf. Et stiltiende samtykke vil som hovedregel kun være aktuelt i forbindelse med enkelte delelementer i et undersøgelses- og behandlingsforløb. Hvis fx en patient kommer til en konsultation hos sin praktiserende læge, må lægen kunne gå ud fra, at patienten stiltiende har givet sit samtykke til de almindelige undersøgelser, som foregår ved en sådan konsultation. Hvis sundhedspersonen er det mindste i tvivl, om der er tilladelse fra patienten, bør der indhentes udtrykkeligt mundtligt samtykke.

2.2 VIDEREGIVELSE AF HELBREDSOPLYSNINGER I FORBINDELSE MED BEHANDLING

Patienter har krav på, at sundhedspersonale m.fl. udviser tavshed om, hvad de får at vide under udøvelsen af deres erhverv, eller hvad de får formodning om angående helbredsforhold, øvrige rent private forhold samt andre fortrolige oplysninger. Det er en fundamental regel, at de oplysninger, en patient betror en sundhedsperson, bliver mellem patienten og den pågældende sundhedsperson og ikke videregives til uvedkommende. Patienten skal således have mulighed for at tale med den behandlende læge på tommandshånd. Patienten har et krav på beskyttelse af sit privatliv. Tavshedspligten er også en afgørende forudsætning for, at der kan etableres et tillidsforhold til sundhedspersonen.

I sundhedsloven er tavshedspligten udformet som en egentlig rettighed – både som en ret til at kræve fortrolighed fra sundhedspersonens side og som en ret til at bestemme over egne helbredsoplysninger.

2.2.1 Videregivelse af helbredsoplysninger m.v. med samtykke

Normalt vil det være sådan, at patienten samtykker i, at lægen/sundhedspersonen videregiver oplysninger til andre sundhedspersoner om patientens helbredsforhold af hensyn til, at patienten får den bedst mulige behandling.

Lægen/sundhedspersonen kan altid med patientens samtykke videregive oplysninger til andre sundhedspersoner om patientens helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger i forbindelse med behandling af patienten. Helbredsforhold skal forstås som oplysninger om en patients tidligere, nuværende fysiske og psykiske tilstand, herunder om kontakt med sundhedsvæsenet, fx at en patient har været indlagt til behandling eller er indlagt samt oplysninger om medicinmisbrug og misbrug af narkotika, alkohol og lignende.

Andre oplysninger end helbredsoplysninger kan fx være oplysninger om patientens familiære forhold, sociale problemer, strafbare forhold, gæld, indkomst- og skatteforhold. Regler om samtykke gælder også videregivelse af oplysninger til sociale myndigheder.

2.2.2 Videregivelse af helbredsoplysninger uden samtykke

Hvis patienten ikke ønsker oplysninger videregivet, må lægen/sundhedspersonalet vurdere, om det er muligt at gennemføre behandlingen uden de nødvendige oplysninger.

Patienten skal informeres om retten til at nægte videregivelse. Denne information kan gives direkte af de pågældende sundhedspersoner eller i mere generel form, fx ved informationsmateriale i form af skriftlig vejledning.

Patienten skal ligeledes informeres om konsekvenserne af den manglende videregivelse for den fortsatte behandling. I nogle situationer kan der dog ske videregivelse af helbredsoplysninger fra sundhedspersonale til andet sundhedspersonale i forbindelse med behandling, uden at patientens konkrete samtykke foreligger, når der er væsentlige hensyn, der taler herfor¹²⁾.

Oplysninger om patientens helbredsforhold, der ikke er nødvendige for behandlingen og som fremgår af patientjournalen, må ikke videregives uden patientens konkrete samtykke og skal sorteres fra. Oplysninger om andre fortrolige oplysninger end helbredsoplysninger vil normalt ikke kunne videregives, da disse oplysninger ikke vil være relevante for det aktuelle behandlingsforløb. Den ansvarlige sundhedsperson har pligt til at sikre sig, at der ikke sker videregivelse af oplysninger, som ikke er nødvendige for det aktuelle behandlingsforløb.

Videregivelse til varetagelse af en åbenbar almen interesse, hvorved forstås brede samfundsmæssige interesser, vil sjældent kunne finde sted. Videregivelse, hvor der er tale om væsentlige hensyn til patienten, kan være tilfælde, hvor en patient på grund af sin tilstand, fx bevidstløshed, er ude af stand til at give samtykke, og det af hensyn til patienten selv er afgørende nødvendigt at videregive helbredsoplysninger til andre sundhedspersoner, for at patienten kan få den bedst mulige behandling. Der bør i denne situation også tages hensyn til patientens formodede ønsker. Der er her tale om situationer, hvor der ikke er et igangværende aktuelt behandlingsforløb. Reglen er en såkaldt "værdispringsregel", der indebærer, at de hensyn, der taler for videregivelse til andre sundhedspersoner til brug for behandling af patienten, klart skal overstige hensynet til en patients ønske om fortrolighed.

For så vidt angår videregivelse til en stedfortræder for patientens egen læge, er der tale om følgende situationer: Læger, der virker som vagtlæger, en anden alment praktiserende læge ved egen læges forfald samt en anden alment praktiserende læge, der behandler patienten.

2.3 INDHENTNING AF ELEKTRONISKE HELBREDSOPLYSNINGER I FORBINDELSE MED BEHANDLING AF PATIENTER

Sundhedsloven indeholder særlige regler, hvorefter nærmere specificerede faggrupper under forudsætning af, at generelle adgangsbetingelser er opfyldt, kan indhente oplysninger om en patients helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, ved opslag i elektroniske systemer, fx ved opslag i Sundheds.dk i Fælles Medicin Kort (FMK), e-journal og laboratorieportal.

Hovedreglen er, at der alene må indhentes oplysninger i fornødent omfang, og det skal være nødvendigt i forbindelse med aktuel behandling af en patient. Endvidere må patienten ikke have udnyttet sin adgang til at sige fra over for indhentning af oplysninger.

2.4 JOURNALFØRING

Det er den behandlende læge, der har ansvaret for at journalføre fornødne oplysninger om patientens tilstand, undersøgelser, observationer, behandling, indikation for medicinering, information m.v. Den ansvarlige læge har også pligt til journalføring af relevante oplysninger om information og samtykke til behandling og om videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger m.v.

Journalføringspligten omfatter også situationer, hvor patienten afviser at modtage et behandlingstilbud eller forlader behandlingsinstitutionen¹³⁾.

2.5 AKTINDSIGT

Sundhedsloven indeholder regler om patienters adgang til aktindsigt i patientjournaler m.v. En anmodning om aktindsigt skal færdigbehandles inden for 7 arbejdsdage efter den er modtaget af vedkommende myndighed, med mindre dette på grund af fx sagens omfang eller kompleksitet undtagelsesvis ikke er muligt. Hvis aktindsigten ikke kan imødekommes inden for 7 arbejdsdage, skal den, der har anmodet om aktindsigt, underrettes herom¹⁴⁾.

3 BEHANDLINGSRETTIGHEDER

Patienter, der anmoder om stofmisbrugsbehandling, skal før påbegyndelse af denne tilbydes en gratis lægesamtale. Der er fastsat en tidsfrist for igangsættelse af behandlingen samt ret til frit at vælge offentligt/privat behandlingstilbud og -sted.

En patient, der ønsker at komme i stofmisbrugsbehandling har en række rettigheder¹⁵⁾. Disse rettigheder indebærer, at:

- Alle, som ønsker at komme i stofmisbrugsbehandling har ret til en lægesamtale
- Alle, som henvender sig med et ønske om at komme i substitutionsbehandling, har ret til at modtage et behandlingstilbud senest 14 dage efter henvendelsen
- Alle, som visiteres til substitutionsbehandling, har ret til frit valg af behandlingsinstitution.

Retten omfatter også en behandlingsplan over behandlingsforløbet. Kommunen har pligt til at vejlede patienterne om disse rettigheder.

3.1 LÆGESAMTALE

Lægelig behandling er blot et af mange tilbud, der gives i en kommunal behandlingsinstitution. Inden evt. lægekontakt er der i forløbet typisk foregået en afklaring af og rådgivning om, hvorvidt stofmisbrugsbehandling er relevant for den enkelte borger, der henvender sig til kommunen med et stofproblem. Socialfaglige medarbejdere vil typisk derefter undersøge tidligere kontakt med behandlingssystemet, optage social anamnese, score patientens oplevede belastning samt ved screening og udredning registrere den belastning, der bliver retningsgivende for den indsats/behandling, som brugeren tilbydes/ visiteres til. Det er den socialfaglige behandler, der afklarer, om en person har behov for social stofmisbrugsbehandling. Det er typisk først herefter, at patienten taler med lægen med henblik på afklaring af behov for stofmisbrugsbehandling efter servicelovens § 101 eller sundhedslovens § 142. Dvs også afhængige af hash, kokain, centralstimulerende stoffer, benzodiazepiner m.v. har ret til vurdering ved en lægesamtale, ikke kun dem, der skal i substitutionsbehandling. Det er kommunen, der træffer afgørelse om social behandling af stofmisbrug efter servicelovens § 101.

Retten til en lægesamtale indebærer en ligestilling af patienter i lægelig stofmisbrugsbehandling med patienter i social misbrugsbehandling og betyder, at en læge får mulighed for at vurdere grundlaget for at

igangsætte en lægelig stofmisbrugsbehandling. Den enkelte bopælskommune organiserer selv, hvordan lægesamtalen skal tilrettelægges. Fx om den skal gennemføres af læger ansat på kommunens egne eller et andet kommunalt behandlingstilbud, et regionalt eller et privat behandlingstilbud, som kommunen har indgået aftale med, eller af andre læger, som kommunen indgår aftale med.

Lægesamtalen skal gennemføres senest inden begyndelsen af den medicinske stofmisbrugs- behandling. Hvis kommunen ikke inden dette tidspunkt kan tilbyde en lægesamtale med den læge, som sædvanligvis gennemfører lægesamtaler, er kommunen forpligtet til at sørge for, at lægesamtalen gennemføres af en anden læge inden dette tidspunkt.

Lægesamtalens formål og indhold er nærmere beskrevet i afsnit 7.2. Det forudsættes, at den læge, der gennemfører den enkelte samtale, følger Sundhedsstyrelsens til enhver tid gældende retningslinjer herom (denne vejledning).

3.2 TIDSFRIST FOR IGANGSÆTTELSE AF BEHANDLING

Hvis der findes indikation herfor, skal substitutionsbehandlingen begyndes senest 14 dage efter, at patienten henvender sig til bopælskommunen med et ønske om at komme i behandling. Tidsfristen regnes fra den første personlige henvendelse med ønske om behandling. Ved personlig henvendelse forstås her en mundtlig eller skriftlig behandlingsanmodning, dvs. henvendelsen kan være telefonisk, elektronisk og kan evt. ske gennem en partsrepræsentant. Tidsfristen skal altså regnes herfra og ikke først fra et personligt fremmøde i bopælskommunen. Ønsket om at komme i behandling for stofproblemer skal være artikulert, før tidsfristen begynder at løbe og ikke fra tidspunktet om alene et generelt ønske om hjælp fra kommunen.

For at bopælskommunen skal have mulighed for at opfylde forpligtelsen til at tilbyde lægelig stofmisbrugsbehandling inden for tidsfristen, forudsættes det, at borgeren møder frem til den personlige lægekonsultation, som er en forudsætning for ordination og iværksættelse af behandlingen, jf. vejledningens afsnit 8.1. Bopælskommunen bør efter at have modtaget den personlige henvendelse med ønsket om at komme i behandling indkalde borgeren til en sådan konsultation tidstnok til, at behandling – hvis konsultationen vel at mærke viser, at der er indikation herfor – kan iværksættes senest 14 dage efter henvendelsen.

Hvis kommunen ikke inden for tidsfristen kan sørge for lægelig stofmisbrugsbehandling på egne behandlingstilbud eller på andre kommunale, regionale eller private behandlingstilbud, som kommunen har indgået aftale med, skal kommunen sørge for, at behandlingen kan begyndes på et andet offentligt eller privat behandlingstilbud inden for tidsfristen.

Tidsfristen kan fraviges, hvis en patient vælger at blive behandlet i et andet offentligt eller privat behandlingstilbud end det, som bopælskommunen har visiteret til. Muligheden for at fravige tidsfristen betyder ikke, at behandlingen kan udskydes længere end nødvendigt. Behandlingen skal derfor være begyndt så hurtigt som muligt.

Hvis patienten fortryder sit valg og på ny henvender sig til bopælskommunen med ønske om at komme i lægelig stofmisbrugsbehandling, bliver patienten igen omfattet af tidsfristen, som vil blive regnet fra tidspunktet for den nye henvendelse.

Tidsfristen for igangsættelse af behandlingen sikrer, at undersøgelse for misbruget og afhængigheden og de fysiske og psykiske problemstillinger, der kan knytte sig til misbruget, finder sted på et tidligt tidspunkt i forløbet. Det betyder bl.a., at det allerede når selve stofmisbrugsbehandlingen begyndes, vil være muligt at tilrettelægge behandlingen under hensyntagen til resultatet af den helhedsorienterede undersøgelse, som lægen skal foretage i forbindelse med lægesamtalen.

Hvis det ikke er muligt at opfylde et akut behov for stofmisbrugsbehandling, bør kommunen vejlede patienten om muligheden for, at andre læger, fx egen praktiserende læge, kan gennemføre abstinensbehandling af opioidafhængighed i en kort periode, indtil den egentlige stofmisbrugsbehandling er sat i

gang¹⁶). Der kan være tale om en periode af ca. en uges varighed. Særlige omstændigheder kan dog begrunde, at lægen fortsætter den nødvendige abstinensbehandling, indtil substitutionsbehandlingen kan begyndes i kommunalt regi senest 14 dage efter henvendelsen til kommunen. Det er en lægelig opgave at vurdere, hvorvidt en patient med abstinenser bør sættes i behandling herfor, uanset om patienten ses af en læge på et kommunalt behandlingssted eller af en praktiserende læge. Undladelse af igangsættelse af lægelig stofmisbrugsbehandling med afhængighedsskabende lægemidler af en patient med akut behandlingsbehov, vil kunne være i strid med en læges forpligtelse til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelse af sin virksomhed.

Hvis fx egen praktiserende læge efter at være blevet kontaktet af en person med et akut behandlingsbehov, som det ikke er muligt for kommunen at opfylde, retter henvendelse til kommunen, fordi lægen ikke er opmærksom på muligheden for, at andre end kommunalt ansatte læger kan iværksætte abstinensbehandling, så forventes kommunen at give lægen vejledning om muligheden¹⁷).

3.3 FRIT VALG AF BEHANDLINGSTILBUD

En patient, som visiteres til lægelig stofmisbrugsbehandling, har ret til at vælge at blive behandlet på et andet offentligt eller privat behandlingstilbud end det, der er visiteret til (med mindre der er tale om lægelig behandling med heroin). Retten til frit valg omfatter også en ret til at vælge et af kommunens andre behandlingstilbud, hvis kommunen har etableret flere, og ret til at vælge bopælskommunens eget behandlingstilbud, hvis kommunen har visiteret til et andet kommunalt, regionalt eller privat behandlingstilbud.

Det er en forudsætning for det frie valg, at der på det valgte behandlingstilbud er etableret tilbud om lægelig stofmisbrugsbehandling, og der derfor er ansat læger, som har ret til at ordinere afhængighedsskabende lægemidler som led i behandlingen for stofmisbrug¹⁸).

Visitation til lægelig stofmisbrugsbehandling efter henvendelsen til egen kommune, dvs. bopælskommunen, er en forudsætning for at benytte retten til frit at vælge at blive behandlet på en anden offentlig eller privat institution end den, hvortil bopælskommunen har visiteret. Retten til frit valg gælder på et hvert tidspunkt efter visitationen og forudsætter ikke, at substitutionen er iværksat.

Muligheden for frit at vælge behandlingstilbud gælder uanset, om der er visiteret til social eller lægelig behandling. Hvis der er visiteret til begge behandlinger, kan den pågældende person vælge ét behandlingstilbud til at levere begge behandlingsformer. Som udgangspunkt er der ikke noget til hinder for, at en patient vælger at modtage lægelig stofmisbrugsbehandling et sted og social stofmisbrugsbehandling et andet sted. Men kravet om, at læger er forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, kan dog være til hinder for, at den lægelige stofmisbrugsbehandling kan finde sted på det valgte behandlingstilbud. Det vil fx være tilfældet, hvis der ikke kan sikres den fornødne sammenhæng mellem på den ene side den lægelige stofmisbrugsbehandling og på den anden side den sociale stofmisbrugsbehandling og indsatsen mod de sociale problemer, som personen i øvrigt måtte have. Det kan fx også være tilfældet, hvis den ordinerende læge vurderer, at geografisk afstand mellem bopæl og behandlingstilbud umuliggør tilstrækkelig hyppig kontakt med den konkrete person.

Hvis en patient vælger at blive behandlet på et andet behandlingstilbud end det, som bopælskommunen har visiteret til, vil det være den ordinerende læge, dvs. en læge ansat i en lægestilling ved det valgte behandlingstilbud, der er ansvarlig for valg og udførelse af behandlingen. Den visiterende læge tager i disse tilfælde alene stilling til, om der er indikation for lægelig stofmisbrugsbehandling, mens den ordinerende læge er ansvarlig for valg og udførelse af behandlingen. Hvis patienten udebliver fra behandling i en periode, vil den ordinerende læge i den forbindelse også være ansvarlig for at vurdere, om der fortsat er indikation for behandlingen.

Retten til frit at vælge at blive behandlet på en anden offentlig eller privat institution end den, hvortil bopælskommunen har visiteret, kan ikke begrænses med den begrundelse, at hensynet til personen, som er visiteret til lægelig stofmisbrugsbehandling, taler herfor.

Den ordinerende læge vil som en naturlig del af opstart af behandlingen af en patient fra en anden kommune søge oplyst, hvad en evt. udredning hos visiterende læge har vist og hvilken behandling og indsats, der allerede måtte være igangsat på den baggrund. Dette vil være både for at sikre sig, at den visiterende læge har vurderet, at der er indikation for lægelig stofmisbrugsbehandling og for at sikre sig, at en evt. ordination af substitutions- medicin hos visiterende læge ikke fortsætter.

Den ordinerende læge foretager i samarbejde med den behandler, der varetager den sociale stofmisbrugsbehandling, en vurdering af om der er den fornødne sammenhæng mellem på den ene side den lægelige stofmisbrugsbehandling og på den anden side den sociale stofmisbrugsbehandling og indsatsen mod de sociale problemer, som personen i øvrigt måtte have. Patienten bør så vidt muligt indgå i vurderingen af, om der er sammenhæng i behandlingen.

Det forudsættes i øvrigt, at den lægelige stofmisbrugsbehandling på det valgte behandlingstilbud vælges og udføres på samme måde (serviceniveau), uanset om der er tale om behandling af en patient, som en kommune har henvist til tilbuddet, eller om der er tale om behandling af en patient, som har benyttet retten til frit valg.

Et privat behandlingstilbud kan uden begrænsninger afvise at modtage en patient, som har valgt tilbuddet. Offentlige behandlingstilbud, herunder bopælskommunens, kan kun afvise at modtage en patient, som har valgt tilbuddet, hvis det er begrundet i kapacitetsmæssige hensyn. En afvisning kan fx. begrundes i, at modtagelsen vil indebære en risiko for, at en kommune ikke vil kunne opfylde sin forpligtelse til at tilbyde egne patienter lægelig stofmisbrugsbehandling, hvor behandlingen sædvanligvis finder sted, eller hvis der er risiko for, at en kommune eller en region ikke vil kunne opfylde sin forpligtelse til efter aftale med en kommune at tilbyde lægelig stofmisbrugsbehandling til kommunens patienter.

Alle behandlingsinstitutioner skal oplyse på deres hjemmeside, om behandlingsinstitutionen har åbent for tilgang af nye patienter eller om kapacitetsmæssige hensyn indebærer, at der aktuelt er lukket for tilgang. Oplysningskravet omfatter både private behandlingsinstitutioner registeret efter sundhedslovens § 205a og offentlige behandlingsinstitutioner. Bopælskommunen afholder udgiften til den lægelige stofmisbrugsbehandling.

3.4 ANONYM AMBULANT STOFMISBRUGSBEHANDLING

Kommunerne har ifølge serviceloven¹⁹⁾ pligt til at tilbyde anonym ambulant stofmisbrugs- behandling. Målgruppen er personer, der har et behandlingskrævende stofmisbrug, men som ikke har yderligere sociale problemer, der kræver en indsats efter serviceloven. Dette tilbud er ikke relevant i forbindelse med substitutionsbehandling som forudsætter, at man kender personens identitet.

4. RESPEKTFULD OG INDDRAGENDE TILGANG

Mange personer med - ofte svære - misbrugsproblemer søger ikke behandling. Derfor er der behov for at sikre, at tilbuddene opleves tiltrækkende af flere personer med stofmisbrug. De professionelles indsatser bør bygge på lydhørhed, rummelighed og fleksibilitet. Den enkelte patient bør inddrages på en måde, så behandlingen opleves som sammenhængende og meningsfuld.

4.1 INDDRAGELSE AF PATIENTERNE

En brugerundersøgelse har vist, at deltagerne overordnet var tilfredse med substitutions- behandlingen, men også, at de mest utilfredse var de mest belastede²⁰⁾. Mange brugere oplevede ugennemskuelige formål, rammer og regler i tilbuddene og angav for lidt kontakt med de fagprofessionelle. Man ville gerne oplyses bedre om virkninger og bivirkninger samt inddrages mere ved overvejelser om justeringer af dosis og præparat. Det blev i rapporten anbefalet at give mere løbende opfølgning og kontakt med patienter, der henter deres medicin på apotek for at sikre en øget kvalitet og dermed også tilfredshed med behandlingen.

Der var i undersøgelsen blandt brugerne en vis forståelse for nødvendigheden af kontrol som sikkerhed og støtte. Men kontrol blev også set som en udfordring, da sanktioner kan komme til at overskygge behandlingsalliancen, hvis de opleves som mistænkeliggørende og fastlåsende. Dette gjaldt især karantæne, indtagning af fuld dosis på stedet, overvåget medicinoptrapning efter udeblivelse, daglig afhentning af medicin og andre afhentningsregler samt urinkontrol. Mens urinkontrol for behandlerne kan være et redskab til at styre indtag og sidemisbrug og dermed ses som en hjælp og støtte, kan det for patienterne opleves som et uigennemskueligt indgreb i deres hverdag. Behandlerens rolle som både støtteperson og kontrollant er et vilkår, som såvel behandlere som patienter konstant må forholde sig til. I forbindelse med aflæggelse af urinprøver må patienten ikke pålægges mere indgribende kontrolforanstaltninger end konkret og individuelt begrundet under hensyntagen til etik og diskretionshensyn. Vedr. urinkontrol henvises i øvrigt til kapitel 13.

Grundlæggende regler, der regulerer forholdet mellem patient og sundhedsperson har til formål at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse²¹⁾. Regler om patienters retsstilling, dvs. sundhedspersonens pligt til at give information og indhente en patients samtykke til behandling m.v. er nærmere beskrevet i denne vejlednings kapitel 2.

I de nationale retningslinjer for den sociale misbrugsbehandling²²⁾ vil man sikre, at den enkelte patient inddrages igennem hele stofmisbrugsbehandlingsforløbet således, at indsatser og ydelser tilrettelægges i overensstemmelse med patientens ønsker, erfaringer og behov.

Patientinddragelse defineres her som et samarbejde om misbrugsbehandlingsforløbet, hvor patienten træffer beslutninger vedrørende behandlingen i samråd med de involverede fagpersoner, og målet med behandlingen ses som et meningsfuldt og tilfredsstillende liv defineret og styret af patienten selv.

De nationale retningslinjer for den sociale behandling beskriver, at normer, regelsæt og arbejdsgange i en institution kan være hindringer for, at patienten oplever sig anerkendt, og dermed forringer mulighederne for patientens medinddragelse og dermed udbyttet af indsatsen²³⁾.

Det er vigtigt, at den lægelige misbrugsbehandling på samme måde sikrer inddragelse af patienten og så vidt muligt undgår at kontrol bliver opfattet som mistænkeliggørelse.

4.2 INDDRAGELSE AF PATIENTENS NÆRMESTE NETVÆRK

Patientens nærmeste netværk bør systematisk inddrages i stofmisbrugsbehandlingen, hvis det er muligt og relevant, og hvis patienten ønsker det²³⁾. Nærmeste netværk defineres i denne sammenhæng som familiemedlemmer eller andre ressourcepersoner fx en fagperson efter patientens eget valg.

Personer i en patients netværk kan dog også være belastende for patientens behandlingsforløb og bør derfor i disse tilfælde ikke inddrages. Patienten og misbrugsbehandleren må derfor i hvert enkelt tilfælde vurdere, hvornår det er hensigtsmæssigt at inddrage en person fra det nærmeste netværk i behandlingen.

Hvis en patient, der kan give informeret samtykke, ønsker at have bestemte personer fra sit netværk inddraget, kan misbrugsbehandleren ikke afvise dette, med mindre der er en særlig grund til det, fx at behandlingen dermed ikke kan gennemføres.

4.3 EN RESPEKTFULD SAMTALEKULTUR MED DIALOG

Der bør være en respektfuld samtalekultur, hvor dialogen mellem patient og medarbejdere i misbrugsbehandlingen er præget af lydhørhed og nysgerrighed. Patienten bør betragtes som den bedste kilde til forståelse af hans eller hendes ståsted og liv. Det er vigtigt, at der er en ramme og atmosfære, hvor patienten føler sig velkommen. Personalet i stofmisbrugsbehandlingen bør opleves som tilgængeligt, og at der bør være mulighed for at få hjælp, både i form af samtaler og praktisk støtte, når dette er relevant.

Patientens perspektiv bør inddrages, dokumenteres og være synligt i behandlingen, der så vidt muligt tilrettelægges efter patientens ønsker og forudsætninger. Patienten indgår i planlægning og opsætning af mål for det samlede behandlingsforløb sammen med behandleren.

Indsatser og ydelser bør fremstå tydelige og modsvare patientens problemforståelse, og behandlingen og forløbet bør forklares i et sprog, der giver mening for patienten.

5. TVÆRFAGLIGT SAMARBEJDE

Stofmisbrug er ofte et sammensat problem. Patienter med stofmisbrug kan både have behov for social stofmisbrugsbehandling og indsats mod eventuelle øvrige sociale problemer og behov for lægelig stofmisbrugsbehandling og andre sundhedsfaglige ydelser. Udgangspunktet er, at den lægelige behandling ikke bør stå alene, men bør være en integreret del af den samlede indsats for den enkelte patient med et stofmisbrug.

Det er vigtigt, at behandlingsindsatsen er helhedsorienteret og sammenhængende, og at det er den enkelte patient, der er i centrum. En helhedsorienteret og sammenhængende og koordineret behandlingsindsats forudsætter et tværfagligt samarbejde, hvor både de socialfaglige og de sundhedsfaglige kompetencer anerkendes og anvendes.

Kommunerne er ansvarlige for både den sociale stofmisbrugsbehandling efter serviceloven og for den lægelige stofmisbrugsbehandling efter sundhedsloven og dermed for at sikre den fornødne sammenhæng mellem indsatserne.

5.1 KOORDINATION OG INTEGRATION MED DEN SOCIALE STOFMISBRUGSBEHANDLING

Social stofmisbrugsbehandling omfatter en socialpædagogisk eller psykologisk funderet indsats, planlagt i samarbejde med patienten og baseret på patientens motivation og frivillighed, og det individuelle udgangspunkt er derfor altafgørende. Indsatserne tilrettelægges ud fra den enkelte patients funktionsnedsættelser og ressourcer og kan desuden have forskelligt metodisk udgangspunkt. Der er store variationer og forskellige grader af intensitet i den sociale behandling. Hovedsigtet er at hindre en yderligere funktionsnedsættelse og medvirke til, at patienten får forbedret sin sociale og personlige funktion og dermed oplever en forhøjet livskvalitet.

Målgruppen er patienter, der er indskrevet i behandling, og som sammen med stofmisbruget har sociale problemer i et omfang, der kan være en barriere for at opnå målet med stofmisbrugsbehandlingen. De sociale støtteindsatser 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 social støtte er at forbedre patientens samlede livssituation blandt andet ved at hjælpe til øget mestring af eget liv, oplevelse af større trivsel og grad af deltagelse i sociale fællesskaber.

Forskellige forløb, fx i behandlingsinstitution og jobcenteret bør koordineres og understøtte hinanden, uanset om indsatserne foregår samtidigt eller efterfølger hinanden. En integreret indsats bør sikre, at forskellige forløb er tilrettelagt som én samlet indsats, hvor viden og observationer fra det ene fagområde eller forløb (fx i psykiatrien) bruges til at informere og kvalificere et andet forløb eller fagområde (fx misbrugsbehandlingen).

Den sociale stofmisbrugsbehandling kan iværksættes uden en lægefaglig indsats, hvis lægen i samarbejde med patienten indledningsvist vurderer, at der ikke er grundlag for at igangsætte en sådan. Eller hvis patienten ikke ønsker at gøre brug af tilbuddet om lægesamtale.

På samme måde vil lægelig stofmisbrugsbehandling kunne iværksættes uden en social indsats, såfremt den ordinerende læge i samarbejde med patienten og den socialfaglige behandler vurderer, at patienten

ikke har behov for social stofmisbrugs-behandling eller andre sociale ydelser. Endelig kan der igangsættes både en social og en lægelig stofmisbrugsbehandling, hvis der er grundlag for det. Det er kommunen, der træffer afgørelse om social behandling af stofmisbrug og andre sociale ydelser.

5.2 BEHANDLINGSPLANER

Der skal udarbejdes en behandlingsplan for den lægelige stofmisbrugsbehandling, hvis der er tale om en behandling efter sundhedsloven. Der er ikke krav om en behandlingsplan, hvis der er tale om behandling efter serviceloven, men dette anbefales²⁴⁾.

Behandlingsplaner for henholdsvis den sociale og den lægelige stofmisbrugsbehandling skal udarbejdes i overensstemmelse med gældende lovgivning herom. Lægen skal kun udarbejde en behandlingsplan, hvis der er tale om substitutionsbehandling for heroin og andre opioider, eller hvis der i forbindelse med undersøgelsen konstateres fysiske eller psykiske problemstillinger, som det skønnes relevant at udarbejde en plan for behandling af. Hvis der er tale om misbrug af stoffer, som fx hash, kokain og amfetamin, vil resultatet af den lægelige undersøgelse alene indgå som et af flere elementer i den samlede vurdering af behandlingsbehovet på det sociale område.

Behandlingsplanen for den lægelige stofmisbrugsbehandling skal beskrive, hvad sigtet med den sundhedsfaglige behandling aktuelt er, og hvilke aftaler, der er indgået omkring forløbet. Såfremt der er foretaget eller planlagt delegation af behandlingen, skal dette nærmere beskrives. Evt. samarbejde og koordinering om patientens sideløbende behandling ved speciallæge skal også beskrives.

Behandlingsplanen for den sociale indsats er et redskab til styring af stofmisbrugsbehandlingen. Behandlingsplanen er en nedskrevet, individuel plan (inkl. evt. lægelig behandlingsplan) for et udrednings og/eller behandlingsforløb, som løbende justeres på baggrund af udredning, undersøgelsesresultater, vurdering af behandlingseffekt og patientens evt. ændrede behandlingsbehov og/eller ønsker. Behandlingsplanen udformes og justeres i samarbejde med patienten, hvor det er muligt, og skal indeholde en beskrivelse af behandlingens formål, indsats og varighed.

5.3 HANDLEPLAN

Behandlingsplanen for den lægelige behandling skal i lighed med behandlingsplanen for den sociale stofmisbrugsbehandling indgå som en del af den samlede handleplan, som kommunen efter serviceloven²⁵⁾ for en afgrænset målgruppe skal tilbyde at udarbejde og i andre tilfælde skal skønne, om det er hensigtsmæssigt at tilbyde at udarbejde. Handleplanen og behandlingsplanen skal koordineres for at sikre en helhedsorienteret og sammenhængende indsats. Der skal respekteres, at deling af helbredsmaessige og øvrige private forhold med socialektoren kun kan ske med patientens samtykke jvf kapitel 2.

5.4 SAMARBEJDE OM OG SAMMENHÆNG I STOFMISBRUGSBEHANDLINGEN

I forhold til den enkelte patient med et stofmisbrug danner handleplanen rammen for et samarbejde i stofmisbrugsbehandlingen.

Misbrugsbehandlingen bør altid tilrettelægges på en måde, så patienter med et stofmisbrug så vidt muligt kan påtage sig et arbejde, gennemføre uddannelse, flytte til en anden kommune, holde ferie og forebygge stigmatisering. Behandlingen bør også kunne fungere i situationer, hvor patienter med et stofmisbrug fx fremstilles i dommervagten, varetægtsfængsles eller indsættes i Kriminalforsorgens institutioner. Misbrugsbehandling begyndt i Kriminalforsorgens institutioner skal kunne videreføres i kommunalt regi. Det bør derfor tilstræbes, at der etableres kommunikation i god tid inden eventuelt kendt indsættelse eller løsladelse med henblik på at sikre kontinuitet i behandlingen. Behandling for stofmisbrug og eventuel anden lægelig behandling i forbindelse hermed bør koordineres med egen læge.

Begyndes behandling for stofmisbrug på somatisk hospitalsafdeling, skal der med vedkommendes samtykke ligeledes etableres kontakt til det kommunale misbrugsbehandlings-system med henblik på at sikre

videreførelse af behandlingen efter udskrivelse fra sygehus, såfremt vedkommende måtte ønske det. Også i forbindelse med psykiatrisk behandling kan der ligeledes med vedkommendes samtykke etableres kontakt til det kommunale misbrugs- behandlingssystem og udarbejdes en koordineret indsatsplan, herunder behandlingsplaner jvf retningslinjer herfor²⁶⁾²⁷⁾.

6. LÆGERS OPGAVER OG ANSVAR

Den lægelige behandling for stofmisbrug omfatter primært undersøgelse for og behandling af misbruget/afhængigheden. Hertil kommer undersøgelse for og sikring af behandling af de fysiske og psykiske problemstillinger knyttet til stofmisbruget. Om der er behov for substitutionsbehandling er en lægefaglig vurdering. Hertil kommer udarbejdelse af den lægelige behandlingsplan.

6.1 UDREDNING OG VISITATION

De kommunale behandlingstilbud retter sig mod flere forskelligartede tilstande omfattende misbrug af et eller flere illegale og legale stoffer. Det kliniske billede er ofte komplekst, og valget af relevante behandlingstilbud forudsætter en tværfaglig vurdering.

Iværksættelse af substitutionsbehandling for stofmisbrug sker ved lægelig ordination efter en aktuel vurdering, der bygger på udredning af den enkelte patient gennem optagelse af en grundig misbrugsanamnese, en objektiv undersøgelse med afdækning af evt. ledsagende somatiske og psykiatriske sygdomme.

Når sundhedslovens betingelser er opfyldt, kan der indhentes/videregives oplysninger fra tidligere relevante hospitalsindlæggelser og lægekonsultationer, herunder medicinforbrug, hvilke bør indgå i den samlede vurdering.

6.2 LÆGELIGE BEHANDLINGSPLANER

Det skal fremgå af den lægelige behandlingsplan, hvad sigtet med den sundhedsfaglige behandling aktuelt er, og hvilke aftaler, der er indgået omkring forløbet. Såfremt der er foretaget eller planlagt delegation af behandlingen, skal dette nærmere beskrives i behandlingsplanen. Evt. samarbejde og koordinering vedr. patientens sideløbende behandling ved speciallæge skal også beskrives. Den lægelige behandlingsplan indgår som en del af journalen.

6.3 KONTAKT MELLEM PATIENTEN OG BEHANDLINGSINSTITUTIONEN

For at kunne varetage den nødvendige diagnosticering og behandling må den behandlingsansvarlige læge have en tilstrækkelig hyppig kontakt med patienten. Hvor hyppig denne skal være vil altid bero på en konkret vurdering. I den indledende fase, hvor der skal tages stilling til en dosisindstilling af substitutionsbehandlingen, skal den behandlingsansvarlige læge nøje kunne vurdere effekten af behandlingen. Herefter skal der jævnligt foretages en lægelig vurdering af behandlingen, individuelt tilpasset patientens tilstand og behandlingsforløb.

6.4 SAMARBEJDE OG KONTAKT MED ANDRE LÆGER

Ved sygdom, inklusive misbrugsrelaterede lidelser, skal den læge, der er ansvarlig for misbrugsbehandlingen medvirke til, at patienterne henvises til relevant diagnostik og behandling i det almindelige sundhedsvæsen. Regionale læger bør i videst muligt omfang koordinere evt. behandling med afhængigheds-skabende lægemidler med den læge, der forestår stofmisbrugsbehandlingen på kommunens vegne (se nedenfor).

Kontakt mellem det kommunale behandlingstilbud og andre involverede læger skal sikre koordination af og skabe overblik over patientens samlede medicinske behandling. Den alment praktiserende læge bør informeres, når patienten indskrives i og udskrives af misbrugsbehandling.

Lægen i det kommunale behandlingssystem bør ved indlæggelse af en patient på sygehus så vidt muligt sikre, at sygehuset er informeret om patientens aktuelle medicin samt følge op på sygehusindlæggelsen efter udskrivelsen.

Den kommunalt ansatte læge og andre involverede læger i behandlingen har intet ansvar for patienter, der varetægtsfængsles eller afsoner i Kriminalforsorgens behandlingstilbud uanset frihedsberøvelsens varighed. I disse tilfælde har Kriminalforsorgens egne læger det fulde ansvar for den medicinske behandling, inkl. en evt. substitutionsbehandling. Der bør dog være størst mulig gensidig information mellem den kommunalt/regionalt ansatte læge og Kriminalforsorgens læge om patientens helbredsmæssige forhold (med pågældendes samtykke) med henblik på at sikre fortsat hensigtsmæssig behandling efter løsladelse.

Forbedret og hurtig kommunikation mellem regionalt ansatte læger og misbrugsbehandlingssystemets læger om deres fælles patienters medicinhistorik afventer færdiggørelse af arbejdet om en lettilgængelig adgang via en effektiv IT-løsning.

6.5 DEN PRAKTISERENDE LÆGES ROLLE

Praktiserende læger har en proaktiv rolle ved at blive opmærksom på, om deres patienter evt. har et misbrug og i givet fald bede patienterne henvende sig til misbrugscentre, sociale instanser og andre relevante aktører. De kan benytte lægerne på misbrugscentrene som konsulenter i de tilfælde, hvor henvisning til misbrugscenter ikke er aktuelt eller muligt.

Patienter i stofmisbrugsbehandling har som alle andre patienter deres egen praktiserende læge, som også for denne gruppe patienter tager sig af almenmedicinske problemstillinger.

En praktiserende læge kan ikke afvise at behandle en patient på grund af misbrug og evt. indskrivning i kommunalt behandlingsregi.

Praktiserende læger kan spille en betydelig rolle i forebyggelsen af overdoser og forgiftningsdødsfald. I en dansk undersøgelse²⁸⁾ havde 84 % af alle personer med forgiftningsdødsfald haft én eller flere kontakter med en praktiserende læge i samme år som dødsfaldet. Af disse personer havde to-tredjedele både toksikologifund med benzodiazepiner og havde indløst en recept på benzodiazepiner i året op til død.

Danmark har en aldrende population af personer, der har eller har haft et intravenøst stofbrug, hvoraf en stigende andel dør af andre årsager end forgiftning. Somatisk sygdom som dødsårsag dominerer ved ældre stofbrugere. Blandt personer, der har indtaget stoffer dør 9 ud af 10 præmaturt af årsager, der kan forebygges. Der vil derfor i fremtiden være et stigende behov for fokus på forebyggelse og behandling af specielt somatiske sygdomme, men også alkoholafhængighed og cigaretrykning.

6.6 ANDRE AKTØRERS FORPLIGTELSER

Når en stofafhængig, som ikke er i behandling for sit stofbrug, indlægges, bør sygehuset sikre, at patienten er informeret om behandlingstilbud i det kommunale behandlingssystem for stofmisbrug.

Er en indlagt patient i behandling i det kommunale behandlingssystem for stofbrug, bør sygehuset tage kontakt til det kommunale behandlingssystem som minimum i forbindelse med indlæggelsen og i forbindelse med udskrivelsen.

Sygehuset har under indlæggelsen ansvaret for misbrugsbehandlingen og skal med samtykke fra patienten etablere forbindelse til det kommunale misbrugsbehandlingssystem mhp. videreførelse af behandlingen efter udskrivningen fra sygehuset. (Se i øvrigt afsnit 10.3.3).

6.7 BEHANDLING AF AFHÆNGIGHED AF LÆGEORDINERET MEDICIN

Der er mange lægeordnede præparater, man kan blive afhængig af fx benzodiazepiner, methylphenidat (fx Ritalin) og smertestillende medicin. Imidlertid er der i behandlingsøjemed ingen af disse præpa-

rater, der skal substitueres, således som heroin og andre opioider substitueres med buprenorfin eller metadon. Sundhedsloven fastlægger ingen forpligtelser for kommunen i forhold til lægelig behandling af patienter med afhængighed af lægeordineret medicin. Et sådant misbrug må forsøges behandlet i regionalt regi af de fagpersoner, der har påbegyndt behandlingen, fx. egen læge, speciallæge eller smerteklinik. Hvis dette ikke er muligt, kan det herefter i det konkrete tilfælde undersøges, om der lokalt er aftaler om mulighed for at inddrage lægen i det kommunale misbrugscenter. Denne type stofbrug er omfattet af servicelovens bestemmelse om social stofmisbrugsbehandling.

Med hensyn til ordination af lægemidler omfatter den kommunale forpligtelse alene substitutionsmedicin. Det udelukker dog ikke, at en kommunalt ansat læge i forbindelse med varetagelsen af opgaverne, der knytter sig til substitutionsbehandlingen, ordinerer anden medicin, som lægen finder indikation for.

Den kommunalt ansatte læge kan dog også vælge at henvise til den praktiserende læge med henblik på ordination af anden medicin. En praktiserende læge kan ikke afvise at ordinere anden medicin blot med henvisning til, at patienten er indskrevet i substitutionsbehandling. Men den praktiserende læge har her også et selvstændigt ansvar, og beslutningen om at iværksætte eller ikke iværksætte en behandling beror således – som på alle andre områder

i øvrigt – på en konkret lægefaglig vurdering af patientens behandlingsbehov.

Benzodiazepiner er ofte en så integreret del af misbruget, at opgaven med ordination af disse midler til nedtrapning naturligt ligger hos den kommunale læge, idet denne læge udreder og behandler det samlede misbrug samt følgelidelser og ikke kun opioid-misbrug.

Det vigtigste er at forebygge, at en patient/patient bliver afhængig af medicin. Der stilles derfor krav til de ordinerende læger om at udvise omhu og samvittighedsfuldhed, når de ordinerer afhængighedsskabende medicin²⁹).

6.8 DELEGATION AF DEN LÆGELIGE SUBSTITUTIONSBEHANDLING

En læge med ansvar for den lægelige stofmisbrugsbehandling kan delegere ordinations- retten/behandlingen til en anden læge, herunder en alment praktiserende læge, en praktiserende speciallæge eller til lægelig behandling på privat døgnbehandlingstilbud³⁰).

En patient med stofmisbrug har ikke krav på, at den lægelige behandling delegeres. Delegation af substitutionsbehandlingen til alment praktiserende læge eller speciallæge forudsætter patientens samtykke. En sådan delegation forudsætter endvidere, at patienten er behandlingsmæssigt stabiliseret og kan honorere de krav, som en behandling hos en alment praktiserende læge/speciallæge stiller.

Den kommunalt ansatte læge har ansvaret for, at der ved delegation foreligger retnings- linier/instrukser for behandlingen og skal holde sig orienteret om forløbet og resultatet af et delegeret behandlingsforløb, herunder eventuelt interkurrente sygdomme og medicinstatus. Den læge, som den lægelige stofmisbrugsbehandling er delegeret til, har fortsat et selvstændigt ansvar for behandlingen.

En delegation bør trækkes tilbage, hvis den behandlingsansvarlige læge finder, at behandlingen ikke forløber hensigtsmæssigt. Det indebærer, at den medicinske misbrugsbehandling skal kunne tilbageføres til kommunalt regi uden ventetid, hvis der på grund af ændringer i patientens tilstand er behov for det, og/eller den behandlende læge eller patienten ønsker det.

Kommunen kan uden lægelig vurdering overdrage kommunens samlede stofmisbrugsbehandling inkl. den lægefaglige behandling til anden kommune, region eller et privat behandlingstilbud. Adgangen til efter aftale at overlade lægelig behandling til en anden kommune, til et regionsråd eller til et privat døgnbehandlingstilbud omfatter alle patienter med et stofmisbrug, som har bopæl i kommunen. Såfremt kommunen ønsker at delegeret et individuelt behandlingsforløb, skal det bero på en lægefaglig vurdering, jf. kapitel 3. Kommunen har ved en sådan overdragelse fortsat det overordnede ansvar for, at patienten får den behandling, som vedkommende har krav på.

Når en person henvender sig med et ønske om lægelig stof misbrugsbehandling er det ifølge sundhedsloven bopælskommunen, der visiterer/stiller indikationen for substitutionsbehandling med mindre bopælskommunen har truffet aftale med anden offentlig eller privat aktør³¹).

Det er bopælskommunen, dvs den kommune, hvor borgeren er tilmeldt folkeregistret, der er handle- og finansieringsansvarlig. Modsat er det i serviceloven fastsat, at det er den kommune, som borgeren befinder sig i - og henvender sig til for at få hjælp -, der har handleforpligtelsen i forhold til at iværksætte social støtte.

6.9 LÆGENS BENYTTELSE AF MEDHJÆLP VED MEDICINGIVNING

Ordination af receptpligtige lægemidler er forbeholdt læger. En læge kan delegere medicingivning til en medhjælp. Lægen kan som medhjælp benytte såvel autoriserede sundhedspersoner som andre uanset uddannelse og baggrund. De ansatte på et behandlingstilbud, der varetager medicingivning, fungerer i denne relation som lægens medhjælp.

Ved ordination af lægemidler og ved udvælgelse og brug af medhjælp skal en læge udvise omhu og samvittighedsfuldhed ifølge autorisationsloven. Lægen skal sikre, at medhjælpen er tilstrækkeligt instrueret og i fornødent omfang informeret om lægemidlets virkninger og bivirkninger. Instruksen skal afpasses medhjælpens kompetencer.

Behandlinginstitutionens ledelse har ansvaret for, at der foreligger instruks for en fagligt forsvarlig tilrettelæggelse af medicinbehandling og for, at de medarbejdere, der udfører medicingivning, er instrueret og oplært i dette. Såfremt medarbejderne på institutionen ikke er i stand til at udføre medicingivning, bør ledelsen gøre lægen opmærksom på det, så lægen kan sikre, at medarbejdere med de fornødne faglige kompetencer giver medicinen og observerer patienten. Både autoriserede og ikke autoriserede sundhedspersoner har et selvstændigt ansvar, når de handler som lægens medhjælp.

Lægen er ansvarlig for, at ordination af lægemidler indføres i patientens journal. Plejepersonalet på institutioner uden læger bør ved telefonisk modtagelse af lægens ordination indføre denne i journalen. Dette gælder også for evt. ikke autoriseret personale, der arbejder som lægens medhjælp.

Ved iværksættelse af behandling med afhængighedsskabende lægemidler, skal lægen altid have taget stilling til den konkrete patient.

7. SYMPTOMER OG DIAGNOSTIK

I dette kapitel omtales afklaringer og definitioner vedr. faglige begreber, der anvendes i misbrugsbehandlingen. Til brug ved udredning af misbrugs- tilstanden gennemgås hvilke punkter i anamneseoptagelse og objektiv undersøgelse mv, der skal nedfældes i journalen.

7.1 DEFINITION AF BEGREBER

rusmiddel for at opnå tilfredsstillelse/lystfølelse og/eller undgå ubehag.

Fysisk afhængighed er en forudsigelig farmakologisk virkning som udtryk for adaptation til stoffet. Fysisk afhængighed er karakteriseret ved abstinenssymptomer i forbindelse med behandlingsophør eller dosisreduktion. Som ledsagesymptom til fysisk afhængighed ses varierende grader af toleransudvikling.

Toleransudviklingen er meget forskellig fra rusmiddel til rusmiddel. Den er beskeden, når det gælder alkohol, voldsom når det gælder fx heroin. Der er ingen sammenhæng mellem toleransudvikling og abstinenssymptomernes sværhedsgrad. Ved krydstolerans forstås, at der også er tolerans for beslægtede rusmidler.

Ifølge WHO ICD-10's sygdomsklassifikation og diagnostiske kriterier defineres begreberne afhængighed og misbrug som følger:

Afhængighed er et syndrom bestående af en række adfærdsmæssige, kognitive og fysiologiske fænomener, som udvikler sig (hos nogle individer) ved gentagen brug af et eller flere afhængighedsskabende lægemidler eller rusmidler. Afhængighed karakteriseres af et vedvarende eller periodisk behov for stof manifesterende sig ved en tvangsmæssig adfærd, hvor fremskaffelse og brug af stoffet er dominerende i personens tilværelse. Diagnosen kræver, at mindst tre af følgende symptomer er til stede i mindst en måned eller gentagne gange inden for 1 år:

- Trang ("Craving")
- Svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen
- Abstinenssymptomer eller stofindtagelse for at ophæve eller undgå disse
- Toleransudvikling
- Dominerende rolle med hensyn til prioritering
- Vedblivende brug trods erkendt skadevirkning.

Misbrug defineres som skadelig brug. For at diagnosen kan stilles, kræves følgende kriterier opfyldt:

- Fysisk og/eller psykisk skade (herunder skadet dømmekraft og adfærd)
- Skaden klart påviselig
- Varighed mindst en måned eller gentagne gange inden for et år.

I misbrugsbegrebet indgår, at der er tale om et skadevoldende forbrug af det pågældende rusmiddel, der medfører sociale, fysiske og/eller psykiske skader. Misbrug kan således opfattes som en form for social og psykisk afvigelse præget af en destruktiv adfærd, der først og fremmest er selvdestruktiv, men også omgivelserne (familie, venner) og samfundet kan skades.

Misbrug kan forekomme uden fysisk og psykisk afhængighed (fx ved snifning af opløsningsmidler), men oftest vil den misbrugende være både psykisk og fysisk afhængig.

Ved afhængighedsskabende lægemidler forstås de lægemidler, som kan medføre udviklingen af afhængighedssyndrom:

- Morfin og morfinlignende midler, der virker på opiatreceptorerne
- Benzodiazepiner og stoffer der virker på benzodiazepinreceptorerne
- Lægemidler med centralstimulerende virkning og snævert anvendelsesområde
- Visse andre lægemidler med afhængigheds-/misbrugspotentiale.

Akut intoksikation er en tilstand efter indtagelse af et psykoaktivt stof, som medfører forstyrrelser af bevidsthedsniveau, kognitive funktioner, perception, affekt, adfærd eller andre psykologiske funktioner og reaktioner. Forstyrrelserne er direkte forbundet med de akutte farmakologiske virkninger af stoffet og fortager sig med tiden fuldstændig, undtagen i tilfælde af vævsskade eller andre komplikationer, såsom opkast i luftveje, traumer, delirium, koma, kramper. Arten af komplikationer afhænger af den farmakologiske natur af stoffet og administrationsmåde.

Abstinensstilstand er en gruppe af symptomer af varierende art og sværhedsgrad som optræder efter absolut ophør eller forholdsmæssig nedsættelse af brugen af et psykoaktivt stof efter vedvarende brug gennem nogen tid. Abstinensstilstandens indsatte og forløb er tidsbegrænset og forbundet med typen af det pågældende psykoaktive stof og den mængde eller dosis, der har været brugt umiddelbart forud for ophøret eller reduktionen af brugen. Abstinensstilstanden kan være kompliceret af kramper.

7.1.1 Kliniske manifestationer i relation til misbrug af opioider

Stofferne kan være indtaget pr. os, ved snifning, rygning, injektion eller rektalt.

Opioidrusen giver en tilstand med eufori, psykisk ro, velvære, angstdæmpning, sedation, reduktion af følelsesmæssige hæmninger, nedsættelse af opmærksomheden, apati og reduceret dømmekraft. Opioidintoksikation giver ikke toksisk psykose.

De somatiske symptomer er miotiske pupiller, og der kan optræde kvalme og opkastninger. Foruden den smertestillende effekt har opioider en obstiperende virkning samt en dæmpende effekt på hosterefleksen og respirationscentret.

Svær intoksikation (overdosering) af opioider medfører central respirationsinsufficiens (bradypnø eller Cheyne-Stokes' respiration), udtalt miosis, hypotension og bevidstheds- svækkelse i varierende grad til coma. Der ses cyanose, kold og fugtig hud, hypotermi. Først ved sværere anoksi falder blodtrykket dramatisk. Samtidig hermed bliver pupillerne dilaterede. Ved anoksi kan ses hjertearytmier. Forgiftningen kan resultere i respirationsstop, hjerTESTOP og død. Manglende hosterefleks kan tidligt i forløbet medføre aspiration og obstruktion af luftveje.

Behandling ved akut intoksikation (OD) er antidot: Inj. Naloxon 0,4 mg/ml, ds. 2 ml intravenøst, om nødvendigt intramuskulært og evt. gentaget. Eller som næsepray, hvis en sådan forefindes, med ét pust i hvert næsebor. Antidot kan udløse abstinenssymptomer. I øvrigt følges almindelige principper for behandling af respirations- og hjerteinsufficiens.

Abstinenssymptomer kan udvikles efter kort tids opioidmisbrug og viser sig ved rastløshed, irritabilitet, angst, forstemthed, søvnløshed. De somatiske abstinenssymptomer er pupildilatation, varme- og kuldefølelse, "gåsehud" (piloerektion), kvalme, opkastninger, diarré, mavesmerter, gaben, nysen, tåre- og næseflod, muskelsmerter, pulsstigning, let blodtryksstigning og let temperaturstigning.

På grund af forskelle i halveringstider optræder opioid abstinenssymptomer med varierende tidsinterval:

- Heroin- eller morfinmisbrug: Debuterer 6-8 timer efter sidste dosis, maksimumintensitet på 2. eller 3. dagen, og symptomerne er væk efter 7 døgn
- Metadonforbrug: Debuterer 1-4 døgn efter sidste dosis og varer 10-14 døgn.

Behandling af opioide abstinenssymptomer følger de generelle vejledninger for iværksættelse af behandling med henholdsvis buprenorphin og metadon, se kapitel 11.

Efter længerevarende opioidmisbrug kan der i flere måneder være symptomer som rastløshed, indre uro, irritabilitet, forstemthed, tab af energi og søvnbesvær.

7.2 UDREDNING AF MISBRUGSTILSTANDEN

Ved indskrivning i behandling for misbrugsproblemer bør lægen foretage en helhedsorienteret udredning af de problemstillinger, som knytter sig til et stofmisbrug for at kunne vurdere og tilrettelægge en adækvat og individuel tilpasset behandlingsindsats. Lægen bør være bevidst om, at personer der starter i behandling, ofte er kaotiske, ofte både akut og kronisk medtagne og usikre over for, hvad der skal ske.

Formålet med den primære vurdering/lægesamtalen er, at:

- Identificere og behandle eventuelle akutte behandlingskrævende problemstillinger
- Bekræfte patientens oplysninger om misbrugsproblemer ved hjælp af misbrugsanamnese og objektiv lægeundersøgelse, evt. urinalyser
- Vurdere graden af afhængighed/misbrug
- Identificere misbrugsrelaterede komplikationer og vurdere eventuel risikoadfærd
- Identificere andre somatiske, psykiske og sociale problemstillinger
- Udfærdige behandlingsplan, herunder indikation for substitutionsbehandling samt rammerne for denne, behov for vurdering ved somatisk eller psykiatrisk specialist og evt. behandling, behov for sociale behandlingsindsatser

- Sikre tilbud om serologisk screening for hepatitis og hiv herunder rådgivning.

Uanset typen af misbrug vil de overordnede formål med den primære vurdering være de samme.

Diagnostik af afhængighed og misbrug omfatter altid en misbrugsanamnese og en objektiv lægelig vurdering af somatisk og psykisk helbred.

Lægesamtalen skal forstås som en personlig konsultation, der forudsætter en fysisk undersøgelse med lægens tilstedeværelse.

7.2.1 Misbrugsanamnese

1. Præsentation

- Alder
- Køn
- Årsag til henvendelse

2. Rusmiddelproblematik

a. Tidligere misbrug

- Misbrugsstoffer og debutalder
- Indtagelseshyppighed
- Indtagelsesmåde
- Tilfælde af forgiftningstilstand/overdosis
- Perioder uden indtagelse af det pågældende stof
- Abstinenssymptomer

b. Nuværende rusmiddelindtag, inkl. alkohol (= de sidste 4 uger)

- Misbrugsstoffer
- Indtagelseshyppighed (antal dage indenfor de sidste 4 uger/sidste døgn forbrug)
- Indtagelsesmåde
- Udgifter til stof/alkohol (fx antal kr. indenfor de sidste 30 dage)

3. Behandling for stofmisbrug

a. Tidligere

- Hvilken form for behandling og resultaterne heraf
- Behandlingssted (andre læger, sygehusvæsen, kommunalt misbrugsbehandlingssystem)

b. Aktuel medicinsk behandling, herunder substitutionsbehandling

- Form, dosis, behandlingssted

4. Risikoadfærd

Tidligere samt inden for de seneste 4 uger:

- Delt kanyler eller andet værktøj
- Seksuel risikoadfærd (Sex uden kondom/prostitution)

5. Somatisk helbredsanamnese

- Subjektivt/selvurderet somatisk helbred: CNS, kardiopulmonalt, gastrointestinalt, urogenitalt, ekstremiteter og hud
- Komplikationer til stofmisbrug (abscesser, tromboser, dårlig ernæringstilstand m.m.)

- Hepatitis/hiv-status
- Sidste cervikale smear, antikonception, sidste menstruation
- Skader, operationer, hovedtraumer
- Indlæggelser

6. *Psykiatrisk helbreds-anamnese*

- Subjektivt/selvurderet psykisk helbred: Angst, hukommelse, koncentrationsevne, hallucinationer, suicidal tanker/planer, stemningsleje, tvangshandlinger og søvnmønstre
- Aktuelt/tidligere behandling i psykiatrisk regi
- Tidligere overdosis (uheld /suicidalt øjemed)
- Tidligere episoder med depression eller psykoser
- Aktuel/tidligere behandling med psykofarmaka
- Indlæggelser

7. *Social anamnese*

- Samlivssituation, netværk, børn
- Bolig, uddannelse og forsørgelsesgrundlag (arbejde/overførselsindkomst/pension)
- Kriminalitet

Til struktureret kortlægning af problemområder og standardiseret interviewmetode kan anvendes fx Addiction Severity Index (ASI), som også kan være befordrende for den tværfaglige stofmisbrugsbehandling.

Urinalyser kan anvendes som supplement til misbrugsanamnesen.

7.2.2 **Objektiv undersøgelse**

Den objektive undersøgelse bør gennemføres ud fra relevante punkter i misbrugsanamnesen og kan omfatte følgende:

1. *Objektivt somatisk*

a. Højde, vægt, BT, P, AT, ET/BMI

b. Objektive fund ved systematisk gennemgang af øjne, cavum oris, collum, glandelstatus, hjerte-/ lungestetoskopi, palpation af abdomen, undersøgelse af ekstremiteter. Ved undersøgelse af ekstremiteter skal særlig bemærkes skader efter tidligere injektionsmisbrug, friske stikmærker samt venenettets status. Såvel tilgængelige vener som ødelagt venenet og fistler skal journalføres.

2. *Objektivt psykisk*

- Bevidsthedsforstyrrelser (svækkelse/uklarhed)
- Tankegang (springende, usammenhængende, psykotisk med vrangforestillinger, hallucinationer)
- Orienteringsforstyrrelser (tid, sted, egne data og tidligere kendte personer)
- Psykomotorisk tempo (øget/hæmmet - fysisk og psykisk)
- Stemningsleje (forsænket, hævet), depressive symptomer, opstemthed
- Angst
- Hukommelse (korttids- og langtidshukommelse)
- Selvmordsfare

7.2.3 Diagnoser

Enhver lægelig udredning bør indeholde en diagnose af misbrugstilstanden.

I henhold til WHO ICD-10's klassifikation og diagnostiske kriterier er de vigtigste psykiske lidelser eller adfærdsmæssige forstyrrelser forårsaget af rusmidler dækket af en overordnet diagnoseafgrænsning grupperet efter det enkelte rusmiddel og i forhold til skadeligt brug, afhængighedssyndrom og uspecificeret psykisk lidelse eller adfærdsforstyrrelse.

Figur 1: Diagnosegrundlag

Diagnose Beskrivelse

F10. 1 Skadelig brug af alkohol

F10. 2 Afhængighedssyndrom som følge af alkohol

F10. 9 Uspecificeret psykisk lidelse og adfærdsforstyrrelser som følge af alkohol

F11. 1 Skadelig brug af opioider

F11. 2 Afhængighedssyndrom som følge af opioider

F11. 9 Uspecificeret psykisk lidelse og adfærdsforstyrrelser som følge af opiatmisbrug

F12. 1 Skadelig brug af cannabis

F12. 2 Afhængighedssyndrom som følge af cannabis

F12. 9 Uspecificeret psykisk lidelse og adfærdsforstyrrelser som følge af cannabis

F13. 1 Skadelig brug af sedativa eller hypnotika

F13. 2 Afhængighedssyndrom som følge af sedativa eller hypnotika

F13. 9 Uspecificeret psykisk lidelse og adfærdsforstyrrelser som følge af hypnotika eller sedativa

F14. 1 Skadelig brug af kokain

F14. 2 Afhængighedssyndrom som følge af kokain

F14. 9 Uspecificeret psykisk lidelse og adfærdsforstyrrelser som følge af kokain

F15. 1 Skadelig brug af centralstimulerende stoffer

F15. 2 Afhængighedssyndrom som følge af centralstimulerende stoffer

F15. 9 Uspecificeret psykisk lidelse og adfærdsforstyrrelser som følge af centralstimulerende stoffer

7.3 JOURNALFØRING

Journalen skal indeholde en beskrivelse af anamnese, objektiv undersøgelse, diagnose, ordination og resultater af parakliniske undersøgelser og urinprøver, en lægelig behandlingsplan, inkl. plan for evt. videre udredning, behandlingsmål og diagnosekoder³²).

8. TELEMEDICINSK BEHANDLING

Der kan være situationer, hvor anvendelse af telemedicin i behandling af personer med stofmisbrug i substitutionsbehandling kan synes hensigts- mæssigt. Der er imidlertid en række forhold, der ikke kan ses bort fra, når kravet om lægelig omhu og samvittighedsfuldhed skal overholdes.

Ved telemedicin forstås en sundhedsydelse, der udføres ved anvendelse af informations- og kommunikationsteknologi, hvorved patienten og den sundhedsprofessionelle, der leverer ydelsen, gøres uafhængige af et fysisk møde.

8.1 IVÆRKSÆTTELSE AF BEHANDLING KRÆVER LÆGENS TILSTEDEVÆRELSE

IVÆRKSÆTTELSE AF BEHANDLING KRÆVER LÆGENS TILSTEDEVÆRELSE

Iværksættelse af substitutionsbehandling for stofmisbrug sker på lægelig ordination efter en aktuel vurdering gennem den initiale lægesamtale, forstået som en personlig konsultation, der forudsætter en undersøgelse med lægens tilstedeværelse.

Formålet med lægens primære vurdering af at:

- Identificere og behandle eventuelle akutte behandlingskrævende problemstillinger
- Bekræfte patientens oplysninger om misbrugsproblemer ved hjælp af misbrugsanamnese og objektiv lægeundersøgelse, evt. urinanalyser
- Vurdere graden af afhængighed/misbrug
- Identificere misbrugsrelaterede komplikationer og vurdere eventuel risikoadfærd
- Identificere andre somatiske, psykiske og sociale problemstillinger
- Udfærdige behandlingsplan, herunder indikation for substitutionsbehandling samt rammerne for denne, behov for vurdering ved somatisk eller psykiatrisk specialist og evt. behandling, behov for sociale behandlingsindsatser
- Sikre tilbud om serologisk screening for hepatitis og hiv

I den indledende fase, hvor der skal tages stilling til en dosisindstilling af substitutionsbehandlingen, skal en læge nøje kunne vurdere effekten af behandlingen.

Ovenstående krav – og især kravet om objektiv lægeundersøgelse - vurderes generelt ikke muligt at opfylde med lægelig omhu og samvittighedsfuldhed uden lægens fysiske tilstedeværelse og er således ikke muligt at leve op til telemedicinsk. Den initiale lægelige udredning, diagnostik, iværksættelse af substitutionsbehandling og primær dosisindstilling af denne kan således ikke foregå ved telemedicinske løsninger.

8.2 KONKRETE VURDERINGER

Efter den initiale udredning, diagnostik og iværksættelse af behandling må det bero på en konkret vurdering i det enkelte tilfælde om lægekontakter kan gennemføres ved hjælp af videoudstyr, for at en lægekonsultation kan leve op til det krav om omhu og samvittighedsfuldhed, lægen skal udvise i forbindelse hermed.

Fx skal ordination og fornyelse af recepter på afhængighedsskabende lægemidler – medmindre særlige omstændigheder taler herfor – ske ved personlig konsultation, så læge og patient har mulighed for at drøfte behandlingen og risikoen for afhængighed af midlerne³³). En telemedicinsk konsultation vil almindeligvis ikke opfylde vejledningens krav om personlig konsultation og om, at lægen tilser patienten. Der må derfor i særlige tilfælde tages stilling til, om en telemedicinsk lægekonsultation kan opfylde vejledningens hensigt.

8.3 FORUDSÆTNINGER FOR TELEMEDICINSK LÆGEKONTAKT

8.3.1 Journaladgang m.v.

Såfremt en læge skal kunne varetage den medicinske behandling, kræver det adgang til patientjournalen. Endvidere kræver det, at der er etableret klare arbejdsgange i forhold til ordination af medicin og parakliniske undersøgelser, receptudstedelse, skrivning af journalnotater m.v. Disse forhold kan løses ved etablering af online adgang til patientjournalerne og supplerende digitale løsninger.

8.3.2 Anvendelse af medhjælp

Da lægen i sit fysiske fravær ikke selv kan foretage klinisk undersøgelse, skønnes det nødvendigt, at en telemedicinsk behandling sker i tæt samarbejde med autoriseret sundhedspersonale, således at medhjælpen har de nødvendige sundhedsfaglige kompetencer, da behandlingen af patienten blandt andet vil blive besluttet på baggrund af medhjælpens observationer og sundhedsfaglige refleksioner.

Det autoriserede sundhedspersonale, der fungerer som lægens medhjælp, kan måle puls og blodtryk, registrere tremor og sveden, vurdere pupilforhold osv. og videreformidle observationer og andre relevante informationer. Autoriseret sundhedspersonale bør derfor være til stede sammen med patienten ved telemedicinske konsultationer for at kunne videreformidle observationer og foretage supplerende undersøgelser i samråd med læge og patient.

8.3.3 Udarbejdelse af instrukser

Det er almindeligt, at såvel medicindosering som medicingivning er delegeret til personale uden sundhedsfaglig autorisation. Det kan rumme en særlig udfordring i forhold til telemedicinsk behandling, hvor lægen ikke har adgang til at vurdere rammerne for medicingivning og observation.

Institutionens ledelse har ansvaret for, at der foreligger instruks for en fagligt forsvarlig tilrettelæggelse af medicin håndtering og for, at det personale, der udfører medicingivning, er instrueret og oplært heri. Såfremt institutionens personale ikke er i stand til at udføre medicingivning, bør ledelsen gøre lægen opmærksom på det, således at lægen kan sikre, at personale med de fornødne faglige kompetencer giver medicinen og observerer patienten.

For såvel det behandlingstilbud, der benytter sig af telemedicinsk behandling, som det behandlingstilbud, der leverer ydelsen må forretningsgangen på forhånd være skriftligt præciseret ved en instruks for medicin håndtering samt øvrige medicinske behandling. Såfremt der iværksættes telemedicinsk behandling af stofbrugere i substitutionsbehandling, bør disse tiltag dokumenteres nøje og efterfølgende systematisk evalueres.

8.4 AFRUSNING OG BEHANDLING MED BENZODIAZEPINER

Der vil i forbindelse med substitutionsbehandling være behov for, at lægen tager stilling til såvel afrusning som ordination af benzodiazepiner.

Personer, der er påvirkede af alkohol eller stoffer, kan være i en potentielt faretruende tilstand. Det kan være vanskeligt at vurdere, i hvilken grad patienten er påvirket. Påvirkningen kan sløre symptomer på faretruende tilstande som eksempelvis intrakranielle blødninger eller traumer. Lægen skal derfor tage stilling til den medicinske behandling af den enkelte patient³⁴).

Ordination af benzodiazepiner skal - også ved afrusning - sædvanligvis ske ved personlig konsultation. Imidlertid kan der være undtagelser, hvor en læge bliver kontaktet af personale på en behandlingsinstitution, fængsel mv. med henblik på afrusning. Den ordinerende læge skal i hvert tilfælde konkret vurdere, om ordination af benzodiazepiner kræver en lægelig undersøgelse af patienten, eller om det på baggrund af en grundig anamnese og undersøgelse fra personalet vil være forsvarligt at foretage telefonisk ordination for en afgrænset, kortvarig periode. Lægen skal i den forbindelse også tage stilling til, om det er forsvarligt, at afrusning foregår på det pågældende sted, herunder tage stilling til personalets sundhedsfaglige kvalifikationer og til mulighederne for overvågning af patienten i den akutte fase. Lægen skal tilse patienten snarest efter ordinationen og senest den følgende dag.

9. SOMATISK KOMORBIDITET

Misbrugslæger bør have kendskab til de væsentligste somatiske sygdomstilstande, som kan ses i forbindelse med stofmisbrug. Dette er dels for at kunne give en relevant vejledning om forebyggelsestiltag, og dels for at sikre udredning og behandling af såvel akutte som mere kroniske helbredsproblemer. Lægen

bør også være opmærksom på, at de kliniske manifestationer kan være atypiske på grund af en samtidig ruspåvirkning.

Ofte søger personer med stofmisbrug ikke lægebehandling, medmindre det er helt uundgåeligt, dvs. oftest kun i forbindelse med svær akut sygdom eller traumer. Mange går derfor ganske længe med deres sygdomme ubehandlede, og hyppigt ses utilstrækkeligt behandlede kroniske sygdomme. De helbreds-mæssige problemer, som følger af stofmisbrug, medfører et stort antal hospitalsindlæggelser og skadestuebesøg og er medvirkende årsag til den øgede dødelighed hos personer med stofmisbrug.

Denne type patienter har ofte vanskeligheder ved at fastholde aftaler i sundhedssystemet. Derfor bør en vurdering af risiko for komplianceproblemer indgå, når udredning og behandling tilrettelægges. Lokale ordninger, hvor patienterne hjælpes til fremmøde på sygehus til undersøgelser mv bør overvejes fx i form af anvendelse af socialsygeplejersker i det omfang, sådanne er tilknyttet det pågældende hospital.

9.1 INJEKTIONSRELATEREDE SYGDOMME

9.1.1 Lokale infektioner i og omkring injektionsstedet

Omkring injektionsstedet ses ofte en let rødme, som i sig selv ikke kræver behandling, men ved tegn på flegmonøs udbredelse skal antibiotikabehandling påbegyndes for at mindske risikoen for yderligere spredning af infektionen eller abscesdannelse. De hyppigst forekommende bakterier er streptokokker og stafylokokker. Hyppigt ses udvikling af erysipelas. Ved valg af antibiotika bør anvendes et let gennemførligt doseringsregi for at minimere complianceproblemer.

Abscesser behandles efter sædvanlige retningslinjer med incision, evt. i antibiotikadække. Ved sårbehandling og behandling af injektionsskader er det vigtigt at være opmærksom på status for tetanusdække.

Den sjældne, men hurtigt og eventuelt fatalt forløbende hudinfektion, nekrotiserende fasciitis, er ofte er forårsaget af *Streptococcus pyogenes* og kan medføre svære vævslæsioner med nekrose af bindevæv og muskler til følge.

9.1.2 Systemiske bakterielle infektioner

Ved den usterile injektion spredes naturligt forekommende hudbakterier via blodbanen, og infektioner kan forekomme i alle organer. De hyppigste steder er hjerteklapper, lunger og knogler, men infektioner i centralnervesystem og nyrer ses også. Mange infektioner er langsomt forløbende, og de kliniske manifestationer kan være sparsomme.

Personer med intravenøst stofmisbrug har en øget risiko for at få hjerteklapbetændelse og følger i form af beskadigede hjerteklapper. Symptomer som vedvarende subfebrilia, træthed, almen svækkelse bør vække mistanke om endocarditis. Hvis patienten tidligere har haft endocarditis eller er hjerteklapopereret, er risikoen for fornyet infektion, alt andet lige, stor. Behandlingen kræver hospitalsindlæggelse i 4-6 uger i forbindelse med parenteral antibiotikabehandling. Sådanne patienter bør i forbindelse med tandbehandling have profylaktisk antibiotika.

9.1.3 Karlæsioner m.m.

Ved injektion af misbrugsstoffer er der stor risiko for vævsskade i og omkring de anvendte vener. Ofte er de anvendte stoffer ikke fremstillet til intravenøst brug eller er i forbindelse med stofbrugerens tilberedning af stoffet til injektionsbrug tilført urenheder, hvilket kan medføre vævsbeskadigelse. Ved længerevarende intravenøst misbrug mindskes antallet af brugbare vener, og brugeren vil ofte være nødt til at anvende de store vener i lysken eller på halsen. Man skal også være opmærksom på kar, nerve- eller senebeskadigelse ved paravenøs indgift, som ofte forekommer hos den urutinerede injektionsmisbruger eller hos personer med et langvarigt og omfattende injektionsmisbrug.

Der er hos injicerende personer stor risiko for trombophlebitis i de dybe vener. Diagnosen er svær at stille, men ved enhver hævelse af ben/arm bør dyb venøs trombose overvejes, og fastholdes mistanken om venøs trombose, skal patienten henvises til udredning på sygehus. Ved rettidig diagnostik kan behandling med blodfortyndende medicin (AK-behandling) mindske risikoen for lungeemboli eller kronisk kredsløbsforstyrrelse. Kompliansproblemer til peroral AK-behandling er hyppige med betydelig risiko for blødningskomplikationer som følge af overdosering og insufficient behandling af den blodfortyndende medicin.

Det posttrombotiske syndrom er hyppigt forekommende hos personer med injektionsmisbrug og er karakteriseret ved kronisk ødem og eventuelt smerter og brunpigmentering af benet. Som følge af ødemet er hudcirkulationen kompromitteret, og selv banale smårifter kan udvikle sig til store bensår, som kræver langvarig behandling. Ofte kompliceres tilstanden med erysipelas. Patienter med kompromitteret venøst kredsløb i benene bør anbefales permanent anvendelse af kompressionsstrømper for at mindske risikoen for udvikling af kroniske bensår.

En mere indirekte vævsskade er utilsigtet kompression af perifere kar og nerver, som kan forekomme i forbindelse med en voldsomt sederende rus, fx ved at den påvirkede falder i dyb søvn og kompromitterer blodforsyningen til fx en ekstremitet. Lammelse af den komprimerede nerves innervationsområde kan derved opstå, fx som ”drophånd” eller ”dropfod”. Behandlingen er midlertidig støttebandage og intensiv fysioterapi. Ofte opnås fuld restitution, men hyppigt ses også følger i form af sensitivitetssudfald, styringsbesvær og kontrakturer.

9.2 LIVSSTILSSYGDOMME

Andre hyppigt forekommende sygdomme er forbundet med den særlige livsstil, som ofte ses i forbindelse med et aktivt stofmisbrug.

9.2.1 Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)

Tobaksrygning samt cannabisrygning er udbredt hos personer, der tager stoffer, og mange også relativt unge brugere har kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) i fremskredent stadium. Hyppigt ses eksacerbationer og pneumonier. Staphylococcus aureus infektioner er langt hyppigere blandt personer med injektionsmisbrug end i baggrundsbefolkningen, hvilket skal have in mente, når der skal ordineres antibiotika. Man bør ved KOL før evt. ordination af inhalationssteroider eller systemisk steroidbehandling udelukke forekomst af tuberkulose.

9.2.2 Tuberkulose

Tuberkulose forekommer ligeledes hyppigere i denne gruppe end i baggrundsbefolkningen, hvorfor udredning kan være relevant ved pneumoni eller almen symptomer i form af hoste, vægttab, feber og nattesved. Der henvises til infektionsmedicinsk afdeling mhp dette. Patienter, som ikke responderer på vanlig antibiotikabehandling for lungebetændelse, bør konfereres med lungemedicinsk/infektionsmedicinsk afdeling. Der bør på vide indikationer foretages røntgenundersøgelse af thorax. Ekstrapulmonal tuberkulose bør, specielt hos immunsvækkede, overvejes ved vægttab eller langvarige symptomer på almen svækkelse.

I forbindelse med den antituberkuløse behandling skal man være opmærksom på de hyppigt forekommende compliansproblemer.

9.2.3 Tandsygdomme

Den ofte meget dårlige tandstatus forringer stofbrugerens helbred og livskvalitet. Tidlig opmærksomhed skal henledes på, at karies, parodontose og tandtraumer er udbredt hos denne gruppe. Samarbejde med tandlæge bør prioriteres i den sundhedsfaglige indsats. Patienterne har ofte svært ved at indtage normal

føde på grund af tyggeproblemer forårsaget af manglende tænder eller tandpine. Særlige kostvaner med øget indtagelse af sukkerstoffer er hyppigt forekommende. Tandhygiejnen er ofte mangelfuld. Opiater og visse psykofarmaka giver nedsat spytksekretion, hvilket yderligere øger risikoen for tandsygdomme.

Smerter i tænderne kan være med til at forværre misbruget eller kan debutere under en nedtrapning. Beskadede tænder kan være indgangsport for infektioner, med risiko for bl.a. udvikling af endokarditis.

9.2.4 Seksuelt overførte infektioner

Kvinder med et stofmisbrug praktiserer ofte usikker sex, og nogle finansierer misbruget ved prostitution. En del gynækologiske infektioner forekommer ofte asymptomatisk, men også symptomgivende og ubehandlede underlivsinfektioner er hyppigt forekommende. Imidlertid er det kun ganske få kvinder i denne gruppe, der får udført den anbefalede screening for livmoderkræft samt undersøgelse for klamydia, gonoré og syfilis.

Lægen i den kommunale stofmisbrugsbehandling bør sikre, at patienter i substitutionsbehandling tilbydes oplysning om sikker sex, nem adgang til kondomer og anden prævention samt gynækologisk undersøgelse evt. ved samarbejde med egen læge/ speciallæger. Der henvises i øvrigt til kapitel 14 om forebyggelse af uønsket graviditet.

9.2.5 Traumer

Som en følge af ruspåvirkningen pådrager stofbrugere sig hyppigt traumer, og følger efter tidligere traumer, især ekstremitetstraumer er almindelige. Ofte er skadestuebesøg den første, undertiden den eneste kontaktform, de har til sundhedsvæsenet. På grund af ruspåvirkningen er symptomerne ofte maskerede, og samarbejdet med den påvirkede person kan være vanskeligt. Man kan ikke være sikker på, at patienten kan redegøre for symptomer eller hændelsen bag traumet. Derfor bør der være øget opmærksomhed for ikke at overse alvorlige, evt. fatale skader.

9.3 VIRALE INFEKTIONER: HEPATITIS A, B OG C SAMT HUMAN IMMUNDEFEKT VIRUS (HIV)

Gruppen af personer med stofmisbrug er i stor udstrækning smittet med de blodoverførte virussygdomme hepatitis B, hepatitis C og til dels hiv og smittes tidligt i forløbet af det intravenøse forbrug. Personer med injektionsmisbrug, der anfører, at de aldrig har delt kanyler/sprøjter med andre, er smittede i lige så høj grad som de øvrige, og personer med misbrug, der oplyser aldrig at have injiceret, findes smittede.

Incidensen af hiv-antistof positive personer med stofmisbrug er faldende og lav, men smittespredning af hiv i gruppen forekommer stadig, og den begrænsning af risikoadfærden, der har resulteret i et fald i hiv-incidensen, har ikke været tilstrækkelig til at begrænse den højere incidens af hepatitis B og især C.

Specielt den høje forekomst af hepatitis C er foruroligende, og efter kun få års injektionsmisbrug ses en prævalens på over 50 %. Mindst 2/3 udvikler en kronisk infektion og kan dermed give smitten videre. Kronisk infektion medfører risiko for kronisk leverbetændelse med risiko for udvikling af skrumpelever, og med yderligere en risiko for udvikling af leverkræft.

Det store antal udiagnosticerede blandt personer med stofmisbrug, sygdommenes alvorlige karakter samt det forhold, at der nu findes gode behandlingstilbud, gør det væsentligt med en målrettet og systematisk indsats for at afdække patienternes smittestatus, ikke kun for at kunne iværksætte relevant behandling, men også for at reducere smittetrykket.

For en nærmere gennemgang af klinik, smitterisiko, smitteveje, sygdomsforløb, vaccination og anden forebyggelse samt behandling henvises til

- Sundhedsstyrelsens vejledning om forebyggelse af hepatitis A (se merre)

- Sundhedsstyrelsens vejledning om human immundefekt virus HIV og hepatitis B og C virus (se mere)
- Sundhedsstyrelsens nationale handlingsplan til forebyggelse af hepatitis C blandt stofmisbrugere (se mere).

9.3.1 Indsatser til forebyggelse af hepatitis C

Læger, som diagnosticerer eller behandler en person med stofmisbrug, bør sikre, at den pågældende informeres om risiko for disse alvorlige og smitsomme sygdomme³². Lægen skal give rådgivning om smitteveje og forebyggelse, herunder instruktion i, hvordan man kan undgå at smitte andre.

Personer med stofmisbrug skal oplyses om, at der kan ske smitte med hepatitis B og C samt hiv både via blod og ved seksuel overførsel. Smitteoplysning bør gøres så konkret som muligt. Der bør eksempelvis orienteres om, at der ikke kun er smitterisiko ved at dele sprøjter og kanyler, men også ved fællesbrug af kogeкар, skyllevand, skeer, vattotter/filtre og snifferør.

Lægen skal give tilbud om undersøgelse for hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C og hiv samt endvidere tilbyde vaccination mod hepatitis A og hepatitis B til de personer, der ikke allerede er smittet/vaccineret. Vaccinen rekvireres og udleveres gratis fra Statens Serum Institut ved angivelse af ydernummer for lægen og cpr-nummer for patienten. Honorarer for vaccination betales af regionerne.

På de kommunale behandlingsinstitutioner for personer med stofmisbrug bør der være faste procedurer for tilbud om undersøgelse af virale infektioner samt for rådgivning om risiko for og forebyggelse heraf³⁵). Ved indskrivning i behandling skal lægen tilbyde undersøgelse for hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C og hiv. Disse undersøgelser skal, afhængigt af smitte- og vaccinationsstatus, tilbydes en gang om året til alle personer med stofmisbrug i behandling. Lægen skal endvidere tilbyde vaccination mod hepatitis A og hepatitis B til de personer, der ikke allerede er smittet.

Målgruppen for information, diagnostik og vaccination er alle indskrevne personer med et intravenøs stofmisbrug. Det gælder også personer, der kun en enkelt gang har injiceret sig og dermed måske ikke opfatter sig som egentlige intravenøse stofbrugere samt for personer, der har haft blodkontakt med andre, fx gennem deling af snifferør.

Behandlingen af hiv og især hepatitis C er forbedret væsentligt de seneste år, og behandling tilbydes flere og flere. Patienter med kronisk infektion skal hurtigt henvises til infektionsmedicinsk eller gastroenterologisk specialafdeling til udredning, rådgivning og vurdering mhp løbende kontrol og/eller behandling.

Henvi sning til behandling og kontrol kan evt. suppleres med støtte- eller følgeordninger for at sikre gennemførelsen.

9.3.2 Ordination og tolkning af blodprøver

Oversigt over blodprøver og tolkning af prøvesvar.

Hepatitis A. Følgende blodprøver ordineres: HAV-total

HAV-total Hvis **negativ**: Patienten har ikke/har ikke haft hepatitis A. Skal tilbydes vaccination

Hvis **positiv**:

- IgM positiv/IgG negativ: Akut/nylig (3-6 mdr.) infektion
- IgM negativ/IgG positiv: Tidligere infektion eller immun efter vaccination

Hepatitis B. Følgende blodprøver ordineres: HBsAg og anti-HBs (HBs-antistof)

Anti-HBs Hvis **positiv**: Enten tidligere hepatitis B-infektion eller immuniseret (>10 U/ml)

Hvis **negativ**:

- Og samtidig HBsAg **positiv**: Akut eller kronisk infektion
- Og samtidig HBsAg **negativ**: Patienten har ikke haft hepatitis B infektion. Indikation for vaccination

HBsAg Hvis **positiv** > 6 mdr. : Kronisk hepatitis. Henvisning til specialafdeling
Hvis **negativ**: ikke hepatitis B. Kontrol 1 x årligt

- Og samtidig anti-HBs positiv: Immuniseret

Hepatitis C. Følgende blodprøver ordineres: HCV-antistof

HCV-anti- Hvis **positiv**: Hepatitis C (tidligere/aktuel). HCV-RNA bør ordineres stof

Hvis **negativ**: Patienten har ikke hepatitis C.

Yderligere blodprøver ikke nødvendige. Kontrol 1 x årligt

HCV-RNA Hvis **positiv**: > 6 mdr. : Kronisk hepatitis C. Henvisning til specialafdeling
Hvis **negativ**: Overstået hepatitis C. Kontrol 1 x årligt

Hiv. Følgende blodprøver ordineres: Hiv-ab/ag (hiv-antistof/antigen)

Hiv-ab/ag Hvis **positiv**: Patienten er smittet med hiv. Henvisning til specialafdeling
Hvis **negativ**: Patienten er ikke smittet med hiv. Kontrol 1 x årligt

9.3.3 Smitteopsporing

Når en person konstateres smittet med seksuelt overførbart sygdom, aktuelt her hiv og hepatitis B, skal lægen undersøge, om der er mulighed for smitteopsporing. Lægen skal sammen med patienten vurdere, dels hvem der kan være smitekilden, dels hvilke personer der kan være blevet smittet, og som bør opfordres til at lade sig undersøge.

Patienten kan vælge selv at underrette sine kontakter eller vælge at bede om assistance hertil. Nogle vil nægte at medvirke. Når patienten gennem samtalen er informeret og forsøgt motiveret, må man respektere denne beslutning. Man bør i disse tilfælde senere tage en opfølgende samtale. For en nærmere uddybning henvises til

- Sundhedsstyrelsens anbefalinger om forebyggelse, diagnose og behandling af seksuelt overførbare infektioner (se mere)
- Sundhedsstyrelsens råd til sundhedspersonale vedr. sundhedsfremmende og smitteforebyggende rådgivning af mennesker, der findes hiv-smittede (se mere)

9.3.4 Profylakse efter udsættelse for smitterisiko (Post Exposure Prophylaxis, "PEP")

Udsættelse for smitte med hepatitis B, C og hiv sker i forbindelse med omgang med forurenede kanyler og sprøjter i forbindelse med stofmisbrug og tatovering/piercing, ved stikuheld, ved sprøjt af sandsynligt inficeret blod på slimhinder eller ikke-intakt hud samt ubeskyttet sex med smittet partner.

Vedr. akut opfølgning med vaccination ved eksposition for hepatitis B og Post Exposure

Profylaxis (PEP) ved udsættelse for hiv kontaktes nærmeste infektionsmedicinske afdeling. Vedr. anmeldelsespligt ved fund af smitsomme sygdomme henvises til kapitel 16.

10. PSYKIATRISK KOMORBIDITET

Personer, der indtager stoffer har en høj psykisk sygelighed, og psykisk syge patienter misbruger i betydeligt omfang forskellige rusmidler. Generelt kan det være vanskeligt at skelne mellem primær eller se-

kundær psykiatrisk komorbiditet ved rusmiddelmisbrug/afhængighed. Oftest er der tale om komplekse tilstande og problemer med en multifaktoriel årsagssammenhæng.

Ved psykiatrisk komorbiditet forstås her en psykisk lidelse, som forekommer samtidig med rusmiddelmisbrug/afhængighed. Der kan være tale om:

- Primær psykiatrisk komorbiditet: Psykisk lidelse som forekommer uanset rusmiddelmisbrug/afhængighed
- Sekundær psykiatrisk komorbiditet: Rusmiddeludløst psykisk lidelse.

Det er derfor vigtigt, at læger, der ser patienter med misbrug kender til forekomsten af psykisk sygdom ved stofmisbrug samt forekomsten af stofmisbrug ved psykisk sygdom og at:

- Læger, der henviser patienter til enten psykiatrisk behandling eller behandling for stofmisbrug, foretager en vurdering af den eventuelle samtidige forekomst af såvel stofmisbrug og/eller psykisk sygdom
- Læger, der behandler patienter med stofmisbrug i kommunalt regi, sikrer, at der foretages en vurdering af den eventuelle forekomst af psykisk sygdom hos alle patienter i behandling, og at resultaterne heraf medinddrages i den samlede stofmisbrugsbehandling
- Læger i psykiatrisk regi er opmærksomme på den eventuelle forekomst af samtidigt stofmisbrug.

10.1 RUSMIDDELUDLØSTE PSYKIATRISKE SYMPTOMER/LIDELSER

For at kunne diagnosticere og yde relevant behandling er det vigtigt, at læger har kendskab til, at:

- Rusmiddelmisbrug/afhængighed kan forårsage og forværre psykiatriske symptomer
- Rusmiddelmisbrug/afhængighed kan maskere psykiatriske symptomer og psykiatriske lidelser
- Rusmiddelmisbrug/afhængighed kan forhindre effekt af psykiatrisk behandling
- Abstinens tilstande kan forårsage psykiatriske symptomer.

Rusmiddeludløste psykiatriske symptomer spænder fra angst og depression (hyppigst) til egentlige psykotiske tilstande (sjælden). På trods af rusmidlernes forskellige kemiske virkningsmekanismer er en stor del af de psykiatriske symptomer fælles for de forskellige rusmidler. For eksempel er akutte abstinenser ved misbrug af sederende rusmidler som alkohol og benzodiazepin typisk rastløshed, agitation, angst og tremor, mens de akutte abstinenser ved centralstimulerende rusmidler som kokain og ecstasy er træthed, nedtrykthed (depression) og tilbagetrækkethed. Mange rusmidler, taget i store mængder og tilstrækkelig længe, kan medføre en psykotisk tilstand; dog ikke "rent" heroinmisbrug.

Der er store individuelle forskelle i reaktionen på et givent rusmiddel både i forhold til rus, forgiftning og abstinenser. Dette kompliceres yderligere ved blandingsmisbrug. Derfor er det altid nødvendigt løbende at vurdere de psykiatriske symptomer og deres relation til abstinens eller vedvarende misbrug.

Ved bedømmelse af en rusmiddelpåvirket patient er det vigtigt at fastslå, hvilke stoffer patienten har indtaget. Det, patienten tror, at han/hun har indtaget, er ikke altid det, vedkommende har fået. Anvendelse af urinanalyser kan være en diagnostisk hjælp og dermed varsle hvilke reaktioner, der vil kunne optræde under en observationsperiode.

Formålet med den akutte psykiatriske undersøgelse, behandling og visitation er at sikre, at den akutte tilstand, fx selvmordsimpulser eller delirøse tilstande, ikke får fatale konsekvenser, eller at patientens tilstand ikke forværres, ved at man undlader akut behandling. Den akutte vurdering skal afklare, om der kan være tale om:

10.2 AKUT PSYKIATRISK VURDERING

Formålet med den akutte psykiatriske undersøgelse, behandling og visitation er at sikre, at den akutte tilstand, fx selvmordsimpulser eller delirøse tilstande, ikke får fatale konsekvenser, eller at patientens til-

stand ikke forværres, ved at man undlader akut behandling. Den akutte vurdering skal afklare, om der kan være tale om:

- Selvmordsfare
- Akut somatisk sygdom
- Psykose
- Svær depression
- Risiko for vold

For at sikre en så præcis diagnostisk afklaring som mulig, både i forhold til stofindtag og til de psykiske symptomer, skal den psykiatriske anamneseoptagelse omfatte en systematisk og grundig udspørgen, som dels kan hjælpe patienten til at nuancere og differentiere sine problemer, dels give mulighed for at kunne gentage spørgsmålene med mellemrum under observationen/-behandlingen med henblik på at kunne vurdere patientens tilstand. Der bør anvendes åbne spørgsmål vedr. henvendelsesårsag m.v. Der skal sikres oplysninger om debut, udvikling, varighed og eventuel tidligere behandling, eventuelt suppleret med oplysninger fra pårørende eller andre. Der bør anvendes specifikke spørgsmål med systematisk udspørgen til familiær disposition, sociale forhold, somatiske sygdomme, tidligere indlæggelser (såvel somatiske som psykiatriske), misbrugsanamnese, evt. understøttet af urinalyser for medikamenter og stoffer samt aktuell medicinsk behandling. Oplysninger fra pårørende kan være væsentlige, ikke mindst hvis patienten er akut intoksikeret og derfor er en dårlig informant.

Der findes kun antagonist mod opioider og benzodiazepiner. Disse bør anvendes på bred indikation ved fx mistanke om opioidforgiftning under samtidig alkoholrus. Vedr. anamneseoptagelse og journalføring henvises i øvrigt til kapitel 7.

10.3 BEHANDLINGSSTRATEGI

Det overordnede ansvar for undersøgelse og behandling af psykiske sygdomme hos patienter i de kommunale misbrugsbehandlingssystemer er lægeligt.

Psykiske problemer og vanskeligheder i bred forstand er hyppigt forekommende blandt stofbrugere, men for en stor del af tilfældene vil sådanne vanskeligheder være af lettere eller forbigående karakter, såfremt der i tide kan ydes den fornødne støtte i forbindelse med behandling for stofbruget. De lettere psykiske lidelser og problemer hos stofbrugere kan varetages i de primære led, dvs. i primær sundhedstjeneste og af personale i de kommunale misbrugsbehandlingssystemer.

10.3.1 Henvisning til psykiatrisk regi

Hvorvidt patienten skal henvises til psykiatrisk regi, beror på en individuel sundhedsfaglig vurdering. Der bør altid henvises til speciallæge i psykiatri ved mistanke om eller påvisning af:

- Psykoser, affektive lidelser af sværere karakter
- Alvorlige selvmordsforsøg
- Alvorligere diagnostisk uafklarede psykiske tilstande, herunder hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD
- Svært behandlelige og komplicerede tilstande i øvrigt

Indikation for behandling med antipsykotika i mere end 2-3 uger er en psykiatrisk speciallægeopgave, og speciallæger i psykiatri skal varetage den fortsatte behandling eller vejlede dem, som forestår den videre behandling lokalt. Da tidlig behandling er af stor betydning for sygdomsforløbet, skal debuterende skizofrenisuspekte symptomer umiddelbart føre til henvisning til en psykiatrisk afdeling/distriktpsychiatrisk center eller tilbud om psykosocial behandling til unge, som har fået en psykose eller psykoselignende symptomer (OPUS-tilbud).

Stofbrugere i akut psykiatrisk fare, fx ved suicidale tanker/trusler eller manifesterede psykotiske symptomer med fare for sig selv eller andre, skal vurderes og behandles akut i regionalt, psykiatrisk regi.

I det enkelte behandlingsforløb for stofbrug ved samtidig forekomst af psykisk sygdom skal den læge, der er ansvarlig for den kommunale stofmisbrugsbehandling medvirke til at sikre det bedste mulige behandlingsforløb mellem det kommunale stofmisbrugsbehandlingssystem, primær sektor og det psykiatriske system, jvf sundhedsaftalerne (se senere).

Ved psykotiske recidiver bør det ligeledes nøje overvejes, om patienten skal henvises til psykiatrisk afdeling med henblik på fornyet vurdering og stillingtagen til behandling. Langvarig behandling af fx stabile, kroniske psykoser hos stofbrugere kan foregå i kommunalt regi i samarbejde med en speciallæge i psykiatri (shared care) med brug af udskrivningsaftaler og/eller koordinationsplaner.

I de senere år er hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD fundet hyppigt associeret med stofbrug hos voksne. Hyperkinetisk forstyrrelse hos voksne kan være vanskelig at diagnosticere, idet voksne i højere grad end børn kompenserer for de problemer, de har. Desuden ses opmærksomhedsforstyrrelser ved en række andre psykiatriske tilstande som depression, bipolar lidelse og skizofreni. Der ses ydermere hyppigt psykiatrisk komorbiditet til ADHD (personlighedsforstyrrelser, depression, angst, misbrug), hvorfor differentialdiagnostikken kan være vanskelig³⁶).

Diagnosen hos unge/voksne skal altid, bl.a. på grund af den høje psykiatriske komorbiditet, endeligt stilles ved speciallæge i børne-ungdomspsykiatri eller speciallæge i psykiatri, inden patienten sættes i behandling med CNS-stimulerende midler³⁷).

Sideløbende med behandlingen skal et evt. samtidigt forekommende misbrug af narkotiske stoffer, alkohol eller afhængighedsskabende medicin behandles. Hos personer med aktivt misbrug er behandling med CNS-stimulerende midler virkningsløs og derfor ikke indiceret. Imidlertid kan behandling med CNS-stimulerende midler iværksættes hos opioidafhængige personer i stabil substitutionsbehandling. Behandlingen skal nøje følges af hensyn til risiko for udvikling af misbrug af CNS-stimulerende midler. Desuden bør behandling med ADHD-midler, der ikke er CNS-stimulerende, overvejes.

10.3.1 Ansvarsfordeling mellem kommuner og regioner

Det er den enkelte kommunes ansvar at tilrettelægge behandlingsindsatsen på misbrugsområdet. Kommunen har valgfrihed til selv at etablere behandlingspladser, træffe aftale med region(er), anden kommune eller træffe aftale med private udbydere af behandlingstilbud. Kommunen skal sikre, at der er et tilstrækkeligt udbygget behandlingstilbud, som også tilgodeser udsatte grupper – herunder tilbud, som særligt retter sig mod personer, som ud over misbruget også har en psykisk lidelse. Det kommunale behandlingssystem må ikke afvise at udrede eller behandle personer med et misbrug med den begrundelse, at de har en psykisk lidelse.

Regionen har efter sundhedsloven ansvaret for behandling i praksissektoren og sygehusvæsenet. Behandling af en psykiatrisk lidelse er derfor regionens ansvar, og behandlingen kan foregå ved praktiserende læge, praktiserende psykolog, praktiserende speciallæge i psykiatri og i sygehusvæsenet. Regionen må ikke afvise at udrede eller behandle personer med en behandlingskrævende lidelse med den begrundelse, at de har et misbrug.

Hvis en person med et misbrug har en psykisk lidelse, som kræver indlæggelse på sygehus, skal sygehuset under indlæggelsen behandle patientens psykiske lidelse og misbrug. Hvis afgang og abstinensbehandling, som er en del af misbrugsbehandlingen, finder sted under sygehusindlæggelse, er sygehuset også ansvarlig for denne del indtil udskrivningen fra sygehuset.

Påbegyndes misbrugsbehandling under sygehusindlæggelse, skal der med samtykke fra patienten etableres forbindelse til det kommunale misbrugsbehandlingssystem med henblik på at sikre videreførelse af behandlingen efter udskrivning fra sygehus, såfremt patienten måtte ønske det. Det gælder også i de til-

fælde, hvor patienten efter udskrivning fortsætter behandling for sin psykiske lidelse i f.eks. ambulatorium, distriktspsykiatrien eller hos egen læge.

10.3.2 Samarbejde mellem kommuner og regioner

Behandling af et misbrug vil ofte være en forudsætning for, at patienter kan profitere af psykiatrisk behandling, og omvendt. Derfor er koordination og samarbejde mellem kommunen og regionen med henblik på at sikre sammenhæng og kontinuitet i indsatsen helt afgørende. Personer, som har både et misbrug og en psykisk lidelse, er en gruppe, som er særligt skrøbelig, og som ikke kan forventes selv at varetage koordinationen.

Med det overordnede formål at tilbyde sammenhængende behandlingsforløb af høj kvalitet skal sundhedsaftalerne mellem regioner og kommuner derfor bl.a. medvirke til at sikre samarbejdet mellem relevante aktører om behandlingsforløb til personer med samtidig psykisk lidelse og misbrug af rusmidler, herunder aftaler om koordinering af indsatsen i det konkrete patientforløb.

Sundhedsaftalerne skal i øvrigt medvirke til en entydig arbejdsdeling og fastlægge samarbejdet mellem de relevante aktører – både i forbindelse med patienters overgang fra én sektor til en anden, f.eks. i forbindelse med indlæggelse og udskrivning, og når patienter har samtidige forløb i flere sektorer.

Regioner og kommuner kan i fællesskab udarbejde individuelle koordinerende indsatsplaner for personer med svære psykiske lidelser og samtidigt misbrug, som behandles ambulantly i psykiatrien og/eller personer med psykiske lidelser og samtidigt misbrug, som har meget komplekse sociale problemstillinger³⁸⁾³⁹⁾.

De individuelle koordinerende indsatsplaner skal skabe overblik over personens aktuelle udfordringer og koordinere de indsatser, der skal sættes i værk i det psykiatriske ambulatorium og den kommunale alkohol- og stofbrugsbehandling.

Udarbejdelsen af de individuelle koordinerende indsatsplaner har til formål at støtte op om de enkelte regioners og kommuners generelle forpligtigelse til at sikre, at alle kan modtage psykiatrisk behandling samt behandling for alkohol- og stofbrug.

Af Socialstyrelsens og Sundhedsstyrelsens fælles retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner fremgår det i øvrigt, at det ud over at sikre en koordinering af indsatserne via de koordinerende indsatsplaner også vil være væsentligt, at regioner og kommuner har fokus på, at personalet har kompetencerne til at sikre en integreret behandling i såvel psykiatrien som i alkohol- og stofbrugsbehandlingen.

På steder, hvor der findes socialsygeplejersker, kan disse medvirke til koordination og samarbejde mellem kommuner og regioner for at sikre sammenhæng og kontinuitet i indsatsen.

11. MEDIKAMENTEL SUBSTITUTIONSBEHANDLING

Opioidafhængige i substitutionsbehandling har mindre dødelighed end ubehandlede. Endvidere ses reduceret risikoadfærd i relation til blodoverførte sygdomme og en mindre forekomst af andre misbrugsrelaterede sygdomme. Endelig udøver personer i substitutionsbehandling erfaringsmæssigt mindre berigelseskriminalitet, ligesom de i nogen grad har øget beskæftigelse.

Substitutionsbehandling bør altid foregå i sammenhæng med et tilbud om en psykosocial indsats. Udbyttet af behandlingen afhænger både af tilstrækkelig dosering og af omfanget og kvaliteten af den ledsagende psykosociale behandling. Ved korrekt dosering - dvs ikke for høj - og forudsat at patienten ikke har andet misbrug eller modtager anden behandling med sederende medicin, er der ingen nævneværdig påvirkning af de psykomotoriske eller kognitive funktioner.

11.1 INDIKATIONER

Beslutningen om at tilbyde substitutionsbehandling skal vurderes i lyset af, hvorvidt substitutionsbehandling er relevant i forhold til at realisere de mål, der indgår i en eventuel social handleplan. Supplerende til disse generelle overvejelser skal følgende betingelser være opfyldt:

- Der skal foreligge afhængighed af opioider (F11. 2), som defineret i WHO ICD-10:

Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser

- Den stofafhængige skal ønske behandlingen. Dette indebærer for det første, at behandlingen er frivillig og for det andet, at ønsket om denne behandlingsform (substitutionsbehandling) skal tillægges betydelig vægt.

11.2 PRINCIPPER FOR VALG AF BEHANDLINGSPRÆPARAT

Buprenorphin, buprenorphin/naloxon, metadon, diacetylmorfin og naltrexon er de lægemidler, der er registrerede til behandling af opioidafhængighed. I det følgende dækker betegnelsen buprenorphin både buprenorphin alene og kombinationspræparatet buprenorphin/naloxon.

På grund af den mindre risiko for overdosistilfælde bør buprenorphin være førstevalgspræparat.

Da risikoen for rusvirkning/overdosering ved injektionsbrug er minimal, bør kombinationspræparatet (resoriblet) buprenorphin/naloxon, så vidt muligt anvendes. Principperne for iværksættelse af behandling med henholdsvis buprenorphin og metadon er afgørende forskellige og fremgår af nedenstående tabel:

	Buprenorphin	Metadon
Klinisk tilstand	Begyndende abstinenssymptomer (for at undgå præcipiterede abstinenssymptomer) ved iværksættelse af behandling	Ikke påvirket (for at undgå metadonforgiftning)
Startdosis	Startdosis (testdosis) 4 mg, herefter dosisøgning i 1. døgn	Lav, 20-30 mg i 1. døgn (Kap 11.5.1)
Dosisindstilling	Hurtig dosisøgning Steady state opnås efter 2- 3 døgn	Langsom dosisøgning Steady state opnås efter 2- 6 uger
Indsættende virkning	30-60 min	15-45 minutter
Maksimal virkning	1-4 timer	2,5-4 timer
Virkningsvarighed	8-12 timer ved lav dosis (ex. 2 mg) 24-72 timer ved højere dosis (ex. >16 mg)	20-36 timer
Forlængelse af QTc intervallet	Ingen risiko	Risiko ved især dosis >100 mg dgl.

Metadon påvirker hos nogle patienter hjertets impulsledningssystem, så risikoen for livstruende arytmier opstår. Disse patienter bør, så vidt det er muligt, omstilles til buprenorphin. Hos nogle patienter, f.eks. ved samtidig smerteproblematik, kan det ikke lade sig gøre at omstille til buprenorphin. Disse patienter kan i stedet behandles med depotmorfinpræparater (se afsnit 11.5.2).

Vedrørende valg af præparat er beslutningskompetencen lægens – med patientens accept. Det er, som i al anden læge-patientbehandling, vigtigt, at patienten informeres og inddrages i beslutningen om valg af substitutionspræparat. Patientens præference bør derfor tillægges værdi ved valg af behandlingen. Men lægen skal i kraft i sin faglighed også lægge andre forhold til grund for sine beslutninger, blandt andet viden om et præparats toxicitet, interaktion med andre farmaka, patientens funktionsniveau og reaktion på behandlingen samt en række andre forhold. Forhold, der sammen med patientens ønsker og præference udgør beslutningsgrundlaget. Det er i sidste ende lægen, der står til ansvar for sine ordinationer.

11.3 BIVIRKNINGER

De fleste bivirkninger til både buprenorphin og metadon er forbigående. Bivirkninger, som kan indfinde sig ved iværksættelse af substitutionsbehandling:

- Kvalme og eventuelt opkast
- Forstoppelse
- Hudkløe og eventuelt udslæt
- Svedtendens, særligt ved fysisk eller psykisk stress
- Hovedpine, søvnforstyrrelser og svimmelhed
- Forstyrret vandladning
- Kognitiv påvirkning og sedation
- Risiko for respirationsdepression.

De fleste af disse bivirkninger er moderate. Ved tilvænning til lægemidlet vil symptomerne vanligvis forsvinde uden supplerende behandling. Information om bivirkninger skal gives og drøftes med patienten inden opstart i substitutionsbehandling.

Mere langsigtede bivirkninger kan være:

- Svedtendens
- Vægtøgning og eventuelt væskeansamlinger i kroppen (ødemer)
- Forstoppelse
- Hormonelle ændringer (øget prolaktin og reduceret testosteron)
- Nedsat seksuel lyst og evne
- Påvirkning af stemningsleje og kognitiv funktion
- Påvirkning af immunsystemet.

Seksuel dysfunktion og kognitiv påvirkning ses hyppigere hos patienter i behandling med metadon end i forhold til behandling med buprenorphin.

11.4 BUPRENORPHIN

Buprenorphin er en partiel agonist med virkning på μ -opioid-receptoren med høj affinitet til denne. Partiel agonist betyder, at lægemidlet virker som en agonist, med mindre opioid-receptorerne er mættet med en anden agonist, hvor buprenorphin i kraft af sin højere receptoraffinitet vil virke som en antagonist og dermed udløse en abstinensstilstand, såkaldte præcipiterede abstinenser.

Buprenorphin findes i to lægemiddeltyper:

- Buprenorphin alene
- Buprenorphin i kombination med naloxon (buprenorphin/naloxon).

Naloxon er en antagonist med virkning på μ -opioid-receptoren. Formålet med naloxon- bestanddelen er at begrænse intravenøst brug af resoribletformen og mindske spredning til det illegale marked.

Når buprenorphin/naloxon indtages sublingualt, optages buprenorphin i løbet af kort tid, mens der kun er ringe optagelse af naloxone. Hvis buprenorphin/naloxon indtages intravenøst, vil naloxon-bestanddelen blokere for buprenorphin eller andre opioiders virkning og dermed også for ruseffekten.

Administrationsformen er for både buprenorphin og buprenorphin/naloxon sublingual og dosering sædvanligvis 1 gang dagligt. Undtaget er gravide patienter og patienter med en dokumenteret smertetilstand. Graden af superviseret indtagelse og udleveringsregi afhænger af patientens funktionsniveau.

For patienter i stabil behandling med buprenorphin, og især ved behandling med buprenorphin/naloxon, kan udleveringsregimet tilrettelægges mindre restriktivt end ved metadonbehandling.

Buprenorphin fortrænger andre opioidagonister fra receptorerne, og indtagelse af buprenorphin udløser derfor abstinenssymptomer hos patienter i behandling med metadon og morfin samt hos heroinmisbrugere. Hos patienter i buprenorphinbehandling vil buprenorphin også blokere for virkningen af andre agonister, og det beskytter derfor i vid udstrækning mod forgiftning med disse midler.

Buprenorphin er mindre respirationsdeprimerende og sederende end rene agonister som morfin og metadon. Risikoen for dødelige forgiftninger er minimal, selv hos utilvænnede. På grund af buprenorphins større sikkerhed sammenlignet med metadon, bør flest mulige opioidafhængige behandles med buprenorphin, både ved nedtrapning og ved vedligeholdelsesbehandling. Buprenorphin/naloxon bør være førstevalgspræparat til opioidafhængige, som ikke har været i behandling før. Ved behandling af et langvarigt misbrug af opiater med lang halveringstid (fx metadon) kan umiddelbar iværksættelse af behandling med buprenorphin være vanskeliggjort af metadon i høj dosering. Her kan det være hensigtsmæssigt initialt at substituere med metadon med henblik på et senere skift til buprenorphin.

På vigtige behandlingsparametre har buprenorphin og metadon i ligeværdige doseringer ca. lige god virkning mht. at forebygge og behandle indtag af heroin og andre illegale opioider. Retentionen i behandling er bedre for metadon i forhold til buprenorphin ved lave doseringer. Ved høje doseringer er der ikke forskel på retentionen i behandlingen mellem metadon og buprenorphin.

11.4.1 Iværksættelse af behandling med buprenorphin

Forudsætningen for iværksættelse af buprenorphinbehandling er, at patienten har begyndende abstinenser efter sidste indtag af opioider, dvs. i en tilstand hvor μ -receptorerne er modtagelige for opioider.

Efter indtag af heroin ses begyndende abstinenssymptomer efter ca. 8 timer. Efter ophør med indtag af metadon ses begyndende abstinenssymptomer først efter 1-2 døgn.

Dag 0: Det er vigtigt for en vellykket iværksættelse af behandling med buprenorphin, at patienten informeres om buprenorphins virkningsmekanisme, nødvendigheden af opnået opioidabstinenser samt hvorledes medicineringen skal foregå den følgende dag.

Når behandling iværksættes rettidigt, vil patienten kunne forvente, at abstinenssymptomerne forsvinder i løbet af 1-1½ døgn.

Dag 1: Normal begyndelsesdosis (testdosis) er 4 mg, som øges med 2 mg hver 1.-2. time, indtil der ikke er klager over abstinenssymptomer/stoftrang. Er man i tvivl om, hvorvidt der er risiko for udvikling af abstinenssymptomer, kan der begyndes med en testdosis på 1-2 mg. Normal mætningsdosis er mellem 8 og 16 mg pr. døgn, men doser op til 24 mg i første døgn kan være nødvendige. Det kan være hensigtsmæssigt at udlevere op til 3-4 stk. 2 mg resoribletter til patienten til selvadministration det første døgn med henblik på at behandle evt. abstinenssymptomer.

Det er afgørende for en vellykket iværksættelse, at der gives sufficient dosis i de første døgn. Mange mislykkede behandlingsforløb med buprenorphin skyldes for lav dosering, hvor patienten unødigt fortsætter med at have abstinenssymptomer på grund af undermedicinering.

Dag 2: Samme dosis som dag 1, evt. yderligere suppleret med 2-4 mg efter behov.

Dag 3-4: Stabilisering er opnået, når der ikke er abstinenssymptomer og ingen brug af opioid ud over medicineringen med buprenorphin. En effektiv substitutionsbehandling opnås i de fleste tilfælde på doser mellem 8 og 24 mg. Enkelte kan have behov for større doser, og i daglig klinisk praksis kan det erfaringsmæssigt findes nødvendigt at gå op til 32 mg. Doser over 24 mg daglig er dog off label ordination og medfører skærpet informations- og journalføringspligt.

Dag 5 og frem: Herfra kan vedligeholdelsesbehandling eller nedtrapning planlægges. I de første 2 uger af behandlingen vil patienterne ofte klage over forbigående gener i form af hovedpine, dysphori, angst og søvnproblemer. Symptomatisk behandling kan være nødvendig.

11.4.2 Præcipiterede abstinenssymptomer

Hvis første dosis buprenorphin indtages, før der er tydelige abstinenssymptomer, kommer buprenorphin til at fungere som antagonist. Grundet sin virkning som partiel agonist og samtidige høje receptoraffinitet vil buprenorphin fortrænge andre opioider og udløse præcipiterede abstinenssymptomer. Tilstanden kan være yderst ubehagelig for patienten, men kan sædvanligvis kuperes ved hurtig øgning af buprenorphin. I svære tilfælde kan det være nødvendigt, at udsætte starten på buprenorphinbehandling til sikre abstinens-tegn foreligger.

11.4.3 Intervaldosering

Ved tilfredsstillende stabilisering kan man øge dosisintervallerne til hver anden dag med den dobbelte døgndosis. Dosisinterval kan øges til 3 gange ugentlig, fx mandag, onsdag og fredag; dosis mandag og onsdag bør være dobbelt dosis af den individuelt justerede daglige dosis, og dosis fredag bør være 3 gange den individuelt justerede daglige dosis. Doser over 24 mg daglig er off label ordination og medfører skærpet informations- og journalføringspligt. 11.4.4

11.4.4 Nedtrapning

Nedtrapningen skal tidligst iværksættes efter passende stabilisering og foregår under monitorering af patientens almene tilstand, herunder løbende vurdering af abstinenssymptomer. Nedtrapningshastigheden bør ikke foregå hurtigere end ½-1 mg pr. dag. Når dosis når under 4-8 mg pr. dag, vil nedtrapningshastigheden som regel mindskes for at undgå abstinenser hos patienten. En nedtrapning vil typisk som minimum forløbe sig over uger. Ved lave doseringer kan det være nødvendigt at dele dosis i 2 dagsdoser.

Det er hensigtsmæssigt på forhånd at aftale med patienten, om der skal være mulighed for at forlænge nedtrapningen. På grund af buprenorphins lange halveringstid, er abstinenssymptomer under nedtrapning, også ved pludselig seponering, beskedne. Symptomatisk behandling kan være nødvendig.

11.4.5 Skift fra metadon til buprenorphin

Et skifte fra metadon til buprenorphin skal ske i samarbejde med patienten, det øvrige sundheds- og socialfaglige personale og evt. også med støtte fra pårørende. Beslutningsprocessen skal inkludere en afvejning af de potentielle fordele og risici, der er forbundet med skiftet samt opmærksomhed på patientens behandlingsmål.

Et skifte med lav risiko for komplikationer er kendetegnet ved:

- Patienten oplever abstinenser ved aktuelle metadondosis
- Ordineret metadondosis < 60 mg dgl.
- Intet indtag af andre afhængighedsskabende lægemidler og rusmidler
- Ingen alvorlige medicinske eller psykiatriske lidelser, der kan destabilisere skiftet
- Ingen komplikationer under evt. tidlige skifte

- God forståelse fra patienten omkring processen ved et skifte efter, at patienten er grundigt informeret og forberedt.

Såfremt der eksisterer komplikationer, bør der iværksættes en behandlingsstrategi rettet mod disse inden et evt. skifte. Dette kan inkludere en gradvis reduktion af metadondosis, en stabilisering i indtag af ikke-ordineret afhængighedsskabende lægemidler og rusmidler, samt en bedring af medicinske og psykiatriske lidelser.

I tilfælde hvor et skifte vurderes at kunne blive kompliceret, bør dette kun gennemføres, hvis der er mulighed for:

- Hyppig monitorering af patienten gennemført af sundhedsfagligt personale
- Løbende ordination af buprenorphin og symptomatisk behandling med støtte medicin

Erfaringsmæssigt er det af afgørende betydning at udskyde indtagelsen af første dosis buprenorphin, indtil der er sikre opioidabstinenssymptomer. Dette kan bl.a. afgøres ved at benytte et valideret opioidabstinens-scoreskema. Ofte opstår abstinenssymptomer først mindst 24 timer efter indtag af sidste metadondosis.

Iværksættelse af behandling med buprenorphin foregår som beskrevet under afsnit 11.4.1. Erfaringsmæssigt vil patienter med ordineret metadondosis >30 mg dgl. mindst have behov for en buprenorphindosis på 8 mg på 1. dag, og ofte have behov for >16 mg. på 1. dag, specielt ved skifte fra høje metadondoser. Mange patienter vil beskrive ubehag de første 2-5 dage efter skiftet med milde symptomer såsom hovedpine, dysphori, uro og søvnproblemer.

Under omstillingen sikres et godt forløb ved hyppige samtaler og støtte. Medicinsk symptomatisk behandling (paracetamol, metoclopramid, benzodiazepiner) kan være indiceret ved vedvarende og svære abstinenssymptomer. Det generelle behandlingsprincip af præcipiterede abstinenssymptomer er at fortsætte med buprenorphindosering.

11.4.6 Skift fra buprenorphin til metadon

Ved seponering af buprenorphin forud for iværksættelse af metadonbehandling er nedtrapning unødvendig uanset dosis. Ved ophør med buprenorphin kan metadonbehandling initieres ca. 24 timer efter med 10-40 mg metadon og herefter med langsom øgning under monitorering af patientens tilstand. Ved skifte fra buprenorphindosis ≥ 8 mg dgl., kan patienten på 1. dag indtage metadon ≥ 30 mg. Ved skifte fra buprenorphindosis <8 mg dgl., kan patienten på 1. dag indtage metadon <30 mg.

11.4.7 Antagonistbehandling ved overdosering

Indgift af naloxon udløser abstinenssymptomer. Udløsende dosis er ca. 10 gange større hos patienter i behandling med buprenorphin end hos dem i behandling med metadon eller morfin. Man skal være opmærksom på en mulig "reboundeffekt", hvor naloxon brænder af før opioidet, hvorfor indgiften muligvis skal gentages under en observationsperiode på mindst 4 timer. Hvis ikke indgift af naloxon er mulig, er den væsentligste behandling ved overdosering er at sikre frie luftveje og assistere ventilationen. (Se i øvrigt afsnit 7.1.1).

11.5 METADON

Metadon er en ren opioidagonist. Metadon kan forebygge abstinenssymptomer i mere end 24 timer. Hos flertallet af patienter kan metadon reducere eller eliminere stoftrang. Ved korrekt dosering kan metadon blokere for den euforiserende virkning af sædvanligt anvendte heroinmængder.

Princippet ved dosering af metadon er at give så meget, at stoftrangen reduceres mest muligt, og at abstinenssymptomer blokeres i 24 timer og så lidt, at de normale psykomotoriske funktioner ikke påvirkes nævneværdigt.

11.5.1 Iværksættelse af behandling med metadon

Metadons maksimale virkning indtræder 2-4 timer efter indtagelse af dosis. Patienter bør vurderes efter indtagelse af dosis med henblik på at observere den maksimale effekt af metadon (vurdering af evt. forgiftning), og igen 24 timer efter indtaget dosis for at vurdere i hvilken grad, at indtaget metadondosis har forebygget abstinenser. Under iværksættelse af metadonbehandling skal der udvises særlig forsigtighed over for de patienter, der samtidigt benytter sig af andre sederende lægemidler og rusmidler (eksempelvis benzodiazepiner og alkohol).

Størstedelen af patienter i substitutionsbehandling vil have behov for en metadondosis på 60-120 mg dagligt for at kunne blive stabiliseret, og dette dosisinterval bør anses som værende passende niveau. En mindre andel af patienterne vil have behov for højere eller lavere doser for at opnå deres behandlingsmål. Generelt set er metadondoser over 150 mg dgl. associeret med en begrænset yderligere gavnlige effekt og øger samtidig risikoen for dosisrelaterede komplikationer. Dette gælder især ved ældre patienter, og patienter med påvirket leverfunktion, der ofte har en nedsat metabolisme, hvorfor en reduktion i metadondosis hos denne gruppe bør overvejes.

Mange farmaka kan influere på omsætningen og dermed doseringen af metadon, særligt opmærksom skal man være på interaktioner med hiv- og TB-medicin (se mere) Metadon administreres sædvanligvis én gang dagligt. Undtaget er gravide patienter og patienter med en dokumenteret samtidig smertetilstand. Under nedtrapning ved doser under 40 mg pr. døgn kan det være nødvendigt at administrere 2 gange dagligt for at opnå en tilstrækkelig døgndækkende virkning.

Administrationsformen kan være mikstur, tabletter eller injektionsopløsning til intravenøs brug. Afhængigt af patientens stabilitet og funktionsniveau kan indtagelse ske overvåget og dagligt (i praksis 5 dage/uge), eller der kan udleveres flere døgndoser til selvadministration.

11.5.2 Hjerterytmeforstyrrelser

For patienter i metadonbehandling bør risikoen for forlængelse af QTc intervallet overvejes. En forsinkelse af den ventrikulære repolarisation (som identificeres som QTc forlængelse ved EKG måling) kan fremprovokere hjertearytmier, såsom torsades de pointes og ventrikelflimmer, der efter kort tid kan udløse hjertestop. QTc intervallet varierer afhængigt af hjertefrekvensen, alder og køn. Generelt anses et QTc interval >450 ms for mænd og >460 ms for kvinder som værende over normalniveauet. Et QTc interval >500 ms eller en ændring på ≥ 60 ms anses som værende sikkert forlænget. Ved metadonbehandling ses en dosisafhængig forlængelse af QT-intervallet. Samtidig behandling med antipsykotika skal undgås grundet risiko for QTc forlængelse. Samme overvejelser skal foretages ved samtidig behandling med andre lægemidler⁴⁰, der har QTc forlængende egenskaber eller kan udløse hypokaliæmi. Desuden har kokain også QTc forlængende egenskaber. Patienter i substitutionsbehandling, der samtidig er i behandling med antipsykotika, skal som udgangspunkt behandles med buprenorphin.

I følgende tilfælde bør der før opstart i behandling med metadon tages et EKG med måling af QTc:

- Tidligere tilfælde med QTc forlængelse (af forskellige årsager)
- Kliniske manifestationer af QTc forlængelse eller hjertearytmi (synkoper, hjertebanken, svimmelhed)
- Andre betydelige risikofaktorer for QTc forlængelse (overvej relevante medicin- interaktioner og familiær disposition til hjertelidelse og uforklarlig pludselig død)

Der bør suppleres med at tage et EKG efter optrapning af metadondosis.

Ligeledes bør der ved metadondosis >100 mg dgl. tages et EKG minimum én gang årligt.

I tilfælde af QTc interval 450/460-500 ms uden kliniske manifestationer (synkoper, hjertebanken, svimmelhed):

- Drøft betydningen af QTc forlængelse med patienten, herunder inddrages relevant klinisk og familiær historik

- Metadonbehandlingen kan fortsætte, men hyppigere monitorering og reduktion/ elimination af andre risikofaktorer (såsom relevante medicininteraktioner) anbefales

- Hvis QTc interval forbliver forlænget, kan man konsultere en kardiolog, reducere metadondosis eller skifte fra metadon til eksempelvis buprenorphin.

I tilfælde af sikker forlængelse af QTc interval (>500 ms eller en ændring på ≥ 60 ms), eller ved kliniske manifestationer:

- Konsulteres en kardiolog med henblik på mere specialiseret kardiell udredning
- En risiko-minimerende strategi skal iværksættes. Denne inkluderer at eliminere eller minimere andre medvirkende årsager (såsom medicininteraktioner), reduktion af metadon- dosis, at skifte fra metadon til eksempelvis buprenorphin eller afbrydelse af metadon- behandling. Hos nogle opioidafhængige kan omstilling til buprenorphin ikke lade sig gøre (smerteproblematik, modvilje eller andre årsager). Hos denne gruppe kan helt, eller delvis omstilling til behandling med depotmorfin være en mulighed. Der registreres løbende (min. månedligt) EKG for at sikre sig, at QTc intervallet er normaliseret.

11.5.3 Omstilling fra metadon til langtidsvirkende morfinpræparat

Patienter med besvimelsestilfælde og/eller episode med Torsades arrytmi under metadonbehandling bør hurtigst muligt reduceres i dosis eller omstilles til buprenorphin. I praksis, specielt hos patienter med samtidig smerteproblematik, er det dog sådan, at omstilling til buprenorphin ikke altid kan gennemføres. Hos denne gruppe kan hel, eller delvis omstilling til et langtidsvirkende morfinpræparat være en mulighed, hvor det kan lade sig gøre. Målet for omstillingen er at nedsætte QTc intervallet < 500 ms., optimalt < 450 ms. Lægen skal være opmærksom på, at der her er tale om off-label behandling, som stiller ekstra krav til information og til dokumentation i journalen af behovet for omstillingen.

Fuldstændig omstilling

Hos motiverede patienter er det letteste at omstille al metadon til depotmorfin. En omregnings- faktor for døgndosis metadon:depotmorfin = 1:4-7 kan anvendes. En patient som har været i abstinensforebyggende behandling med 120 mg metadon i døgnet, må således forventes at skulle have en samlet døgndosis af depotmorfin på 500-700 mg fordelt på 2 ligelige doser. (Depotmorfin har en virkningsvarighed på 12 timer). I omstillingsfasen kan dosis fordeles på 3 ligelige doser.

Dag 1

Man afventer det normale tidspunkt for metadonindtagelse. Metadon seponeres, og patienten indtager da 1/3 af den beregnede totale døgndosis af depotmorfin (i det viste eksempel 200 mg). Patienten vil på indtagelsestidspunktet stadig have metadon i blodet og kun opleve lette, evt. ingen abstinenssymptomer, efter indtag af depotmorfinen. Der medgives 2 doser depotmorfin til indtag henholdsvis 8 og 16 timer efter første dosis (i det viste eksempel 2 doser á 200 mg depotmorfin).

Dag 2

Hvis patienten, trods motivation ikke ønsker at fortsætte omstillingen, tilbagesendes til metadon i samme dosis som før omstillingen. Hvis patienten ønsker at fortsætte omstillingen følges nedenstående retningslinjer.

- Ved tilfredsstillende abstinensforebyggende virkning fortsættes dosering af depotmorfin uændret.
- Ved abstinenssymptomer kan de enkelte doser øges med max. 10 % (i det viste eksempel øges enkeltdosis til max 220 mg depotmorfin)
- Hvis patienten føler sig sløv, eller i øvrigt påvirket nedsættes dosis afhængig af tilstanden med 10–20 % (i det viste eksempel nedsættes enkeltdosis til 180 mg eller 160 mg depotmorfin).

Dag 3-5

Der justeres efter samme principper som beskrevet under dag 2.

Den endelige døgndosis af depotmorfin vil typisk være fastlagt efter 5-10 dage. Når døgndosis er fastlagt, fordeles de 3 doser på 2 ligelige doser, da depotmorfin har virknings varighed på 12 timer. Efter ca. 2 ugers behandling optages nyt EKG for at sikre at QTc-intervallet < 500 ms. Hvis dette ikke er tilfældet, bør patienten konfereres med kardiologisk speciallæge.

Delvis omstilling:

Patienter, der ikke kan formås til fuldstændig omstilling, kan tilbydes delvis omstilling. Man bør tilstræbe, at minimum 30 % af dosis omstilles i første omgang og senere forsøge at motivere patienten til fuld omstilling. Dosisberegning af depotmorfin er som beskrevet under fuldstændig omlægning: Metadon:depotmorfin = 1:4-5.

Dag 1

Ca. 70 % af den sædvanlige metadondosis indtages og suppleres med samtidig indtagelse 1/3 ækvivalente dosis depotmorfin modsvarende de resterende ca. 30 %. (I det viste eksempel ca. 80 mg metadon + ca. 60 mg depotmorfin).

Der medgives 2 doser depotmorfin modsvarende af 1/3 af den ækvivalente dosis. (I det viste eksempel 2 doser á 60 mg depotmorfin).

Dag 2

Hvis patienten ikke ønsker at fortsætte omstillingen, tilbagesendes til metadon i samme dosis som før omstillingen. Hvis patienten ønsker at fortsætte omstillingen følges nedenstående retningslinjer.

Metadon fortsættes uændret som på dag 1. (I det viste eksempel 80 mg metadon)

- Ved tilfredsstillende abstinensforebyggende virkning fortsættes dosering af depotmorfin uændret
- Ved abstinenssymptomer kan de enkelte doser øges med max. 10 %. (I det viste eksempel øges enkeltdosis til max 70 mg depotmorfin).

Hvis patienten føler sig sløv eller i øvrigt påvirket, nedsættes dosis afhængig af tilstanden med 10-20 %. (I det viste eksempel nedsættes enkeltdosis til ca. 50 mg depotmorfin).

Dag 3-5

Der justeres efter samme principper som beskrevet under dag 2.

Den endelige døgndosis af depotmorfin vil typisk være fastlagt efter 5-10 dage.

Der optages EKG efter ca. 2 uger, og afhængig af QTc-intervallets længde, kan patienten forsøges motiveret til yderligere omlægning af metadon efter de beskrevne principper.

Hvis QTc-intervallet vedbliver med at være > 500 ms konfereres med kardiologisk speciallæge med henblik på videre behandling.

11.5.4 Nedtrapning

Nedtrapningen skal tidligst påbegyndes efter passende stabilisering og bør ikke foregå hurtigere end nedtrapning med 5 mg pr. dag under monitorering af patientens almene tilstand. Det er hensigtsmæssigt på forhånd at aftale med patienten, om der skal være mulighed for at forlænge nedtrapningen.

Som hovedregel skal individuelt tilpassede og langsomme nedtrapningsregimer benyttes, og nedtrapningsplanen kan også undervejs i processen justeres i samarbejde med patienten. Den mest almindelige tilgang er at benytte en gradvis nedtrapning af metadon over flere måneder, hvilket samtidigt giver patienten tid til at bearbejde de fysiske, adfærdsmæssige og sociale ændringer, der kan opstå undervejs i proces-

sen. Overordnet set medfører en langsom dosisreduktion færre abstinenser og nedsætter risikoen for, at nedtrappingsplanen ikke fuldføres.

Ved nedtrapping af metadon er abstinenssymptomerne ofte størst, når dosis når under 20 mg dgl. For at mindske abstinenssymptomerne kan det forsøges at skifte patienten til buprenorphin ved en lav metadon-dosis. Derefter fortsættes nedtrappingen med buprenorphin, som under en nedtrapping ofte medfører en mindre grad af abstinenssymptomer i forhold til metadon. Abstinenssymptomerne beskrives i mange tilfælde som værende værst i 1 til 4 uger efter en udtrapping, og en lav grad af abstinenssymptomer (søvnbesvær, humørsvingninger, trang) kan persistere i flere måneder efter udtrappingen.

Med til overvejelserne omkring udtrapping af en substitutionsbehandling hører, at tilbage-faldsraten er meget høj efter endt behandling. Generelt set er risikoen for tilbagefald efter endt behandling lavest hos de patienter, der ikke har et misbrug af andre rusmidler, har et godt netværk og har været i en længerevarende og stabil substitutionsbehandling. Patienterne skal have forklaret den hurtige toleranceændring over for opioider og den hermed forbundne risiko for pausedødsfald.

11.6 SMERTEBEHANDLING

Opioidafhængige personer har ofte en lavere smertetærskel sammenlignet med øvrige patienter. Opioidafhængige personer, og i særdeleshed rusmiddelbrugere, er i risiko for ikke at modtage adækvat smertebehandling ved mødet med sundhedsvæsenet. Patienter i substitutionsbehandling er ikke smertedækket qua deres substitutionsmedicin.

Som udgangspunkt skal man, når det er muligt, fastholde substitutionsbehandling uændret og behandle smerteproblematikken separat.

Patienter i behandling med buprenorfin udgør, grundet præparatets virkning som delvis agonist, sammenholdt med præparatets høje receptoraffinitet, en særlig udfordring, når smertedækning skal opnås.

Afhængig af smerteintensiteten og lokalisation kan man – som for øvrige smertepatienter forsøge at smertedække med ikke opioidpræparater (NSAID-præparater, tricykliske antidepressiva, lokalanalgetika, gabapentin etc.) - men ofte er det ikke muligt.

11.6.1 Akut opståede smertetilstande

Metadonbehandlede

Trin 1: Mildere smertetilstande

Substitutionsbehandlingen med metadon fortsættes uændret og suppleres med non-opioide smertestillende præparater.

Trin 2: Moderate- og svære smertetilstande

Hvis smerten ikke kan coupéres med non-opioide smertestillende præparater, kan supplerende morfin være nødvendig. Enkeltdosis estimeres ved brug af tabel side 58⁴¹⁾ og justeres afhængig af effekt. Substitutionsbehandlingen med metadon fortsættes uændret. Erfaringsmæssigt opnås bedst døgndækkende smertelindring ved brug af faste regimer med dosering 5 – 6 gange i døgnet, suppleret med 1-2 p.n. -doser.

Hvis smerteproblematikken varer længere end nogle få dage, kan depotmorfinpræparat overvejes. Når smerteproblematikken er overstået, nedtrappes morfin gradvis.

Buprenorfinbehandlede

Trin 1: Mildere smertetilstande

Substitutionsbehandlingen med buprenorfin fortsættes og suppleres med non-opioide smertestillende præparater.

Trin 2: Moderate smertetilstande

Overvej at dele buprenorfin dosis i 2-4 doser og samtidig øge dosis med ca. 1/3-del. Risikoen ved denne løsning er, at det efterfølgende vil være vanskeligere at smertedække med morfin – hvis det skulle blive nødvendigt.

Trin 3: Svære smertetilstande

Supplerende morfin er nødvendig. Man fortsætter den abstinensforebyggende substitutionsbehandling med buprenorfin som suppleres med hurtigvirkende morfin. Enkeltdosis af morfin estimeres ved brug af tabel side 58 og justeres afhængig af effekt.

Ved svære, længerevarende smertetilstande kan det, grundet buprenorfins virkning som partiel agonist, være nødvendigt med omstilling til metadon. Buprenorfin seponeres og samtidig startes abstinensforebyggende metadonbehandling med 40 mg metadon/døgn. Denne dosis vil forebygge svære abstinenssymptomer. Dosis justeres med 5-10 mg/dag afhængig af effekt.

Enkeltdoser af morfin estimeres ved brug af tabel side 58.

Når smerteproblematikken er overstået nedtrappes morfin gradvist og, hvis patienten ønsker det, omstilles til buprenorfin som beskrevet i afsnit. 11.4.1.

11.6.2 Kroniske smertetilstande

Patienter i substitutionsbehandling skal i lighed med andre patienter med kroniske smerter, så vidt det er muligt, behandles med non-opioide lægemidler.

Trin 1: Mildere kroniske smertetilstande

Uændret substitutionsbehandling suppleret med non-opioide smertestillende præparater.

Trin 2: Moderate kroniske smertetilstande

Non-opioide smertestillende præparater og opdelt substitutionsmedicin, evt. øgning af døgndosis med ca. 1/3-del. (Hos metadonbehandlede skal man ved øgning være opmærksom på risikoen for påvirkning af hjertets impulsledningssystem "QT-problematik"). Omstilling fra buprenorfin til metadon kan overvejes. Smertegennembrud behandles med p.n. morfin (tabel side 58.)

Trin 3: Svære, kroniske smerter

Buprenorfinbehandling kan seponeres og omstilles til metadon som beskrevet i afsnit 11.4.6. – evt. henvisning til specialiseret smertebehandlingscenter.

Vejledende doser af p.n. -morfin^a samt depotopioid ved samtidig substitutionsbehandling med metadon eller buprenorfin^b.

Dosis, mg Lægemiddel	< 40 mg metadon^c eller 4 mg buprenorfin^c	40-80 mg metadon^c eller 4-8 mg buprenorfin^c	80-120 mg metadon^c eller 8-12 mg buprenorfin^c	120-160 mg metadon^c eller 12-16 mg buprenorfin^c
P.n. -morfin i.v. ^d	10	10-20	20-30	30-40
P.n. -morfin p.o. ^e	30	30-60	60-90	90-120
Evt. supplerende depotmorfin ^f	30×2	60×2	60×3	90×3

Evt. supplerende de- 20×2

40×2

40×3

60×3

potoxycodon^f

- a) Dosis morfin er 10-15 % af den samlede døgndosis omregnet til morfin.
- b) Anvendte ækvipotensratioer: morfin p.o. :morfin i.v. = 3:1; morfin p.o. :metadon p.o. = 5:1; morfin p.o. :sublingval buprenorfin = 50:1
- c) Fast vanlig døgndosis.
- d) Start med lav dosis og titrer dosis hurtigt op (ca. hvert 10. min), hvis der ikke er den ønskede effekt, og patienten ikke bliver påvirket. Der kan undertiden være behov for endnu større doser end angivet i tabellen.
- e) Der kan være behov for større doser end angivet i tabellen. Eks. : En patient, der er i substitutionsbehandling med metadon 100 mg dagligt, bør som p.n. - dosis have 20-30 mg morfin i.v. og 60-90 mg morfin p.o.
- f) Påbegyndes ved forventede smerter ud over få døgn.

11.7 BEHANDLING MED INJICERBAR METADON

Behandling med injicerbar metadon er ikke standardbehandling, men skal foregå protokolleret efter nedenstående kriterier.

11.7.1 Indikation for behandlingen

Behandling med injicerbar metadon kan benyttes til patienter, der trods langvarig substitutionsbehandling og psykosocial støtte, fortsat har et massivt intravenøst brug af ordinerede eller illegale stoffer, og som har eller er truet af alvorlige helbredsmæssige komplikationer på grund af dette. Formålet med behandlingen er således i første omgang at forebygge en forværring af patienternes helbredstilstand og på længere sigt at opnå en forbedring af patienternes livskvalitet såvel helbredsmæssigt som socialt. Behandling med injicerbar metadon må ikke anvendes til gravide kvinder.

Hvis patienten har holdt pause i behandlingen med intravenøst administreret metadon i mere end 3 måneder, skal indikationen for behandlingen vurderes på ny.

Indikationen for behandling med injicerbar metadon journalføres med angivelse af de pågældende psykiske og somatiske helbredsmæssige forhold, inkl. WHO ICD-10- diagnoser.

11.7.2 Lægeundersøgelser

Inden behandlingen iværksættes:

Før behandling med injicerbar metadon påbegyndes, skal der foretages en lægeundersøgelse, herunder registrering af eventuelle injektionsskader, EKG samt blodprøvescreening for hiv og hepatitis, såfremt patienten ikke allerede er konstateret smittet.

Under behandlingen:

Det skal løbende undersøges, om patienten får injektionsskader, herunder phlebitis, sår, endokarditis, m.v. Det første år foretages undersøgelse hver 3. måned, derefter hvert halve år. Blodprøvescreening for hiv og hepatitis skal gentages minimum hvert halve år, medmindre patienten allerede er konstateret smittet.

Observationer og resultater af undersøgelser dokumenteres løbende.

11.7.3 Dosering, administrationsform, organisatoriske og fysiske rammer m.v.

Injektionen foretages af patienten selv. Behandling med injicerbar metadon forudsætter, at patienten har intravenøs adgang. Det bemærkes, at venerne på halsen ikke må benyttes.

Der er betydelige forskelle i biotilgængeligheden af oral og intravenøs metadon. Endvidere har mange patienter i behandling med peroral metadon et samtidigt illegalt brug af metadon eller heroin. Injektionen skal som udgangspunkt finde sted på behandlingsinstitutionen. Der skal ved behov kunne tilkaldes læge. For at sikre den nødvendige diskretion og hygiejniske standard skal injektionen foregå adskilt fra den øvrige medicinudlevering.

Principperne for skift fra peroral metadon til injicerbar metadon er som udgangspunkt:

Injicerbar metadon (mg) = 0,8 x peroral metadon (mg)

Administrationsformen er Inj. Metadon 10 mg/ml. Det bemærkes, at patienten til enhver tid kan få de ækvivalente doser udleveret til peroral indtagelse.

Administrationsformen skal løbende dokumenteres med angivelse af daglig mængde injicerbar henholdsvis peroral metadon.

I de første 2 uger skal injektionen foregå under overværelse af en sundhedsperson, og der må i denne periode ikke gives metadon til injektion med hjem. Perioden skal dels bruges til eventuel dosisjustering, dels til undervisning i hygiejne, injektionsteknik, risici m.v.

Hvis lægen herefter skønner, at patienten selv kan administrere medicineren forsvarligt, kan der gives tag-hjem-doser. Der skal udvises særlig agtpågivenhed i forbindelse med udlevering af injicerbar metadon til ferier og udlandsrejser.

11.7.4 Monitorering af behandlingen

Vedr. den systematiske registrering af behandlingen, som løbende skal indberettes, henvises til kapitel 16.

11.8. AKUT IVÆRKSÆTTELSE AF ABSTINENSBEHANDLING VED OPIOIDAFHÆNGIGHED HOS PATIENTER, SOM LÆGEN HAR ET RINGE ELLER INTET KENDSKAB TIL

Der skal udvises stor forsigtighed ved akut ordination af metadon til patienter, som lægen har et ringe eller intet kendskab til, fx indsatte i arresthuse.

Metadonbehandling må først indledes, efter at lægen har sikret sig, at

- Der er tydelige abstinenssymptomer og
- Patienten ikke er medicinpåvirket.

Iværksættelse af abstinensbehandling under disse omstændigheder følger også de generelle vejledninger for iværksættelse af behandling med henholdsvis buprenorphin og metadon, jf. afsnit 11.4 og 11.5.

Der skal generelt udvises tilbageholdenhed med ordination af psykoaktive stoffer, hvis adækvat observation ikke kan sikres.

11.9 BEHANDLING MED LÆGEORDINERET HEROIN⁴²⁾

Behandling med lægeordineret heroin kan kun foregå på behandlingsinstitutioner med særlig tilladelse fra Sundhedsstyrelsen. Patienter, som tilbydes denne behandling, hører til gruppen af ”hard to treat”-patienter. Det vil sige patienter, som er interesserede i at få hjælp for deres misbrugsproblematik, men som er svære at hjælpe tilstrækkeligt i den konventionelle behandling med peroral metadon. Der er tale om en gruppe af patienter, som ofte har flere tidligere længerevarende behandlingsforløb med peroral metadon bag sig, inden de starter behandling med lægeordineret heroin. Formålet med behandlingen er i første omgang at forebygge en forværring af patienternes helbredstilstand og på længere sigt at opnå en forbedring af patienternes livskvalitet såvel helbredsmæssigt som socialt.

11.9.1 Indikationer

Indikation for behandling med lægeordineret heroin er et fortsat misbrug af ordinerede eller illegale opioider, hvor der efter en konkret vurdering ikke er fundet tilstrækkelig effekt af peroral substitutionsbehandling med buprenorphin/metadon eller injicerbar metadon.

Behandling med diacetylmorfin som led i substitutionsbehandling ved opioidafhængighed forudsætter følgende:

- Alder over 18 år
- Regelmæssigt intravenøst misbrug af ordinerede eller illegale opioider trods buprenorfin eller metadonbehandling 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 diacetylmorfin
- Intet betydende alkoholmisbrug; dvs. at patienten skal være i stand til fremmøde to gange dagligt uden sværere alkoholpåvirkning eller alkohol-abstinenssymptomer.
- Intet betydende misbrug af benzodiazepiner. 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.

Indikation for behandling med diacetylmorfin som led i substitutionsbehandling for opioidafhængighed skal som minimum vurderes hvert halve år.

Lægeordineret heroin kan udelukkende indtages ved selvadministration og under supervision af sundhedspersonale på klinikkerne.

Lægemidlet heroin gives aldrig med hjem. Der er tale om en højt specialiseret sundhedsfaglig behandling, og det sundhedsfaglige personale skal leve op til særlige uddannelsesmæssige og erfaringsmæssige krav opstillet af Sundhedsstyrelsen. (Se mere)

11.10 BEHANDLING MED NALTREXON

Naltrexon, der er en opioidantagonist uden agonistiske opioide virkninger, kan ordineres som supplerende forebyggende behandling til tidligere opioidafhængige patienter, der er stoppet med brug af opioider såsom heroin og morfin. Behandlingen med naltrexon sigter mod at fastholde ophør med brug af opioider. En samtidig psykosocial terapi og støtte skal ses som en integreret komponent af en naltrexon-behandling.

Den perorale formulering af naltrexon er godkendt til brug i Danmark. Depot- og implantat-formuleringer af naltrexon er på nuværende tidspunkt ikke godkendt til brug i Danmark.

Grundet risiko for en overdosis efter et tilbagefald med opioider, er naltrexon sandsynligt mest gavnligt hos personer med en betydelig motivation for abstinens. Dette inkluderer:

- Personer hvis fortsatte beskæftigelse afhænger af afholdenhed
- Personer der kun har indtaget opioider i kort tid

Kontraindikationer til behandling med naltrexon:

- Nuværende fysisk afhængighed af opioider (disse personer skal først tilbydes udtrapning)
- Akutte opioidabstinenssymptomer (et tidsinterval uden opioider er nødvendigt før opstart med naltrexon)
- Brug af opioider på smerteindikation
- Akut hepatitis eller leversvigt (da naltrexon kan være levertoksisk i høje doser)
- Gravide kvinder, og kvinder der ammer
- Kendte bivirkninger eller allergi overfor naltrexon.

Forsigtighed med ordination af naltrexon skal udvises for følgende grupper:

- Patienter der har samtidigt brug af andre rusmidler

- Patienter med nedsat lever- eller nyrefunktion
- Patienter med svær psykiatrisk lidelse
- Børn og unge, da virkningen af naltrexon ikke er velundersøgt for disse grupper.

Den bedste tilgang til opstart i naltrexon-behandling er at afhjælpe eventuelle opioid- abstinenssymptomer med ordination af buprenorphin i mindre doser og eventuel også med ordination af clonidin. Et tidsinterval på mindst 7 dage anbefales mellem seneste indtag af buprenorphin og opstart i naltrexon. Såfremt heroin var senest benyttede opioid, anbefales også et tidsinterval på mindst 7 dage. Såfremt metadon var senest benyttede opioid, anbefales et tidsinterval på mindst 10-14 dage. Hvis der er tvivl om tidspunktet for seneste indtag af opioider, skal naltrexon-behandling opstartes med forsigtighed. Anvendelse af urinanalyse med henblik på test for opioider er ikke specielt brugbart før opstart med naltrexon-behandling. Den bedste tilgang er at advisere patienten om, at behandling med naltrexon kan præcipitere abstinenser, hvis opioider for nylig er indtaget. Resultaterne med naltrexon-behandling er bedst, når lægemidlet ordineres med superviseret indtag.

Startdosis med naltrexon er 25 mg dgl. i de første tre dage. Derefter kan dosis øges til 50 mg dgl., såfremt startdosis tolereres.

11.11 UDEBLIVELSE FRA AFHENTNING AF SUBSTITUTIONSMEDICIN

Hvis patienten ikke afhenter sin substitutionsmedicin som vanligt, kan opioidtolerancen være ændret, og doseringen må vurderes i forhold til patientens tilstand, herunder om patienten er påvirket eller abstinert. Det må forventes, at patienter i substitutionsbehandling vil udvikle abstinenssymptomer efter 1 – 2 døgn manglende indtag. Før dosis af substitutionsmedicin fastlægges bør læge konsulteres.

Nedenstående skema skal ses som vejledende.

Metadon

Udeblevet 1 dag	Fortsætter på samme dosis
Udeblevet 2 dage	2/3 af dosis
Udeblevet 3 dage	1/3 af dosis
Udeblevet 4 dage	(Anses som udtrappet)

Hvis patienten udebliver 4 dage eller mere, anses patienten som værende udtrappet og opioidtolerancen for ukendt. Det må da vurderes, hvorvidt patienten skal trappes op igen, eller om andre tiltag skal iværksættes. Hastigheden af optrapningen vurderes individuelt og afhænger af lægens vurdering, herunder kendskab til patienten og evt. tidligere optrappingsforløb.

Buprenorphin

Ved udeblivelse fra afhentning af buprenorphin, skal man være opmærksom på, om der i udeblivelsesperioden er indtaget andre opioider. I fald der er indtaget rene opioidagonister i udeblivelsesperioden, kan abstinenssymptomer præcipiteres ved indtag af buprenorphin. Buprenorphin-tolerancen aftager over tid, og må efter ca. en uges manglende indtag antages at være helt aftaget. Der skal ske en konkret lægelig vurdering, før ny dosis fastlægges.

11.12 KONTROL AF BEHANDLINGEN

Al medicinsk behandling forudsætter kontrol af, om behandlingen virker efter hensigten. Ved substitutionsbehandling af opioidafhængige er det overordnede mål at sikre, at substitutionsbehandling understøtter målsætningen for den enkelte patients behandlingsforløb. Formålet med kontrollen er således primært at sikre behandlingens kvalitet og er ikke rettet mod patientens integritet. Dog bør administrationen af den medikamentelle behandling tilrettelægges på en sådan måde, at risikoen for videresalg af det ordinerede begrænses mest muligt.

11.12.1 Nye behandlingsforløb

Behandling med substitutionsmedicin har den særlige udfordring, at der behandles med medicin, der har egen rusvirkning og som i sig selv er afhængighedsskabende. At tage medicinen som ordineret kan derfor være en tilbagevendende udfordring. En første forudsætning for selvadministration af substitutionsmedicin er, at patienten er indstillet på en passende dosis, er ophørt med eller har reduceret sit misbrug og fremmøder regelmæssigt.

Ved alle nye behandlingsforløb skal det ordinerede substitutionspræparat som udgangspunkt indtages dagligt og under opsyn, indtil patienten er indstillet på en passende dosis, og samarbejdet om behandlingen er sikret. Uden for hverdage bør der udleveres mindst muligt medicin til selvadministration. Behandlingen skal så vidt muligt tilrettelægges, således at evt. uddannelse eller beskæftigelse kan passes.

Det bør indgå i lægens overvejelser omkring graden af overvåget indtag, at både metadon og buprenorphin har rusvirkning i sig selv. Begge stoffer er afhængighedsskabende og har et misbrugspotentiale og dermed også videregivelses- og videresalgspotentiale.

Overvåget indtag af substitutionsmedicin kan:

- Understøtte en daglig struktur og rutine, der især kan være vigtig i den tidligere del af et behandlingsforløb
- Styrke tilknytning til den samlede behandling via den kontinuerlige og faste kontakt til personalet på misbrugscentret
- Nedsætte risikoen for overdosering, idet personalet kan vurdere patienten for påvirkethed før indtag af substitutionsmedicin
- Sikre relevant dosering hos patienter, der i en kortere periode har afbrudt behandlingen
- Sikre medicinsk behandling af patienter, der er i risiko for at miste, misbruge eller videregive/vidersælge substitutionsmedicinen
- Mindske risiko for misbrug af medicinen ved eksempelvis injektion.

Gradvis udlevering af substitutionsmedicin til selvadministration kan:

- Styrke patientens autonomi i den sundhedsfaglige behandling, hvilket er i overensstemmelse med principperne i en sundhedsfaglig håndtering af kroniske sygdomme
- Forbedre patienters reintegration til normale hverdagsaktiviteter og rutiner og muliggøre reintegration i samfundet via eksempelvis beskæftigelse og uddannelse
- Forbedre resultaterne af en behandling, hvor positiv adfærd som fx. regelmæssigt fremmøde til aftaler og medicinafhentning og ophør med rusmiddelbrug fører til ordination af "tag-med-hjem" doser.

Det er væsentligt at undgå afbrydelser i substitutionsbehandlingen. Eventuelle tilfælde med mistet substitutionsmedicin bør håndteres behandlingsmæssigt og kan efter omstændighederne være et udtryk for manglende stabilitet. Dette giver anledning til overvejelser om en lavere grad af selvadministration af substitutionsmedicin hos den pågældende patient. Hvorvidt mistet substitutionsmedicin kan erstattes, bør bl.a. bero på en vurdering af, hvorvidt patienten fremstår abstinent eller påvirket.

11.12.2 Stabile behandlingsforløb

Når behandlingsforløbet er stabiliseret, kan der udleveres medicin til selvadministration. Der bør som hovedregel ikke udleveres medicin til mere en 1 uge ad gangen, og en sådan administration skal nøje vurderes i forhold til patientens aktuelle muligheder for selv at administrere medicinen. Undtagelser herfra kan dog forekomme, fx i forbindelse med ferier. På ferieophold kan der maksimalt medgives substitutionsmedicin til 30 dage. Dette skyldes, dels reglerne i receptbekendtgørelsen og dels, at på rejser til Schengen-lande kan der maksimalt medgives medicin til 30 dages rejse. Schengen-reglerne levner ikke plads til dispensation, og attesten har en maksimal varighed af 30 dage. Der må ikke udstedes flere Schengen-atte-

ster i serie for at dække en rejse på mere end 30 dage. Ved udfærdigelse af medicinpas, anvendes Schengen-reglerne som reference.

Overvåget indtagelse bør genoptages på ethvert tidspunkt i behandlingsforløbet, hvis det af lægen anses for hensigtsmæssigt for at opnå det aftalte mål med behandlingen.

11.12.3 Kontrolforanstaltninger

Urinalyse og klinisk vurdering kan indgå i den løbende vurdering af, om behandlingsmålet opnås. Urinalyser som led i substitutionsbehandling skal ordineres af den behandlende læge. Vedrørende anvendelse af urinalyser henvises i øvrigt til kapitel 13.

Substitutionsbehandling og kontrol må aldrig stå alene, men skal være et led i en samlet behandlingsplan.

Arten og omfanget af kontrollen varierer og afhænger af målet for det konkrete behandlingsforløb. Det afgørende er, at der kun stilles de kontrolkrav, der er nødvendige for at opnå indfrielse af de individuelle behandlingsmål. Kontrolforanstaltningerne skal afpasses efter den enkelte patients ressourcer og færdigheder, og der skal tages hensyn til patientens muligheder for at leve en så normal tilværelse som muligt.

11.12.4 Afbrydelse af substitutionsbehandlingen

En beslutning om i utide at afslutte en substitutionsbehandling, fordi den er nytteløs, er en lægefaglig vurdering og bør overvejes nøje. Behandlingen bør altid genoptages, når patienten er motiveret, og der kan opnås enighed om en behandlingsplan.

Stofafhængige, der optræder truende eller voldelige over for personalet eller andre på behandlingsinstitutionen, kan bortvises fra behandling. Dette bør dog benyttes med varsomhed, og patienten bør altid gives andre tilbud, herunder tilbud, der sikrer den fortsatte medikamentelle behandling.

11.13 SUBSTITUTIONSBEHANDLING OG KØREKORT

Til kørekortsansøgere i fast vedligeholdelsesbehandling med metadon, såfremt daglig dosis ikke overstiger 120 mg, anbefaler Sundhedsstyrelsen sædvanligvis ét års tidsbegrænsning for kørekort til motorcykel, personvogn, lastbil og bus uden betalende passagerer (alle kategorier inkl. anhænger)⁴³). Det er dog under forudsætning af, at der i øvrigt ikke er hel- bredsmæssige forhold, som taler imod kørekort, samt at der ikke indtages andre sederende lægemidler eller rusmidler.

Ved vurdering af egnethed til kørekort vil personer i buprenorphinbehandling, uanset dosis, blive vurderet som personer i behandling med mindre end 120 mg metadon.

Sundhedsstyrelsen anbefaler ikke kørekort til taxa og bus med betalende passagerer til personer i behandling med metadon eller anden stærkt smertestillende medicin.

Såfremt en læge i sit virke får kendskab til en stofafhængig i substitutionsbehandling, der udsætter andres liv eller helbred for nærliggende fare ved at føre motorkøretøj i påvirket tilstand, er lægen forpligtet til at søge faren afbødet ved henvendelse til patienten selv eller om fornødent ved at rette henvendelse til myndigheden (Styrelsen for Patientsikkerhed)⁴⁴).

12. BLANDINGSMISBRUG

Samtidigt misbrug af 2-3 rusmidler forekommer hyppigt. Ved indskrivning i substitutionsbehandling for opioidmisbrug ses ofte et samtidigt misbrug af kokain, benzodiazepiner og alkohol, og herudover har hovedparten også et cannabismisbrug.

Det er vigtigt, at også misbrug/afhængighed af ikke-opioide rusmidler diagnosticeres og behandles relevant.

Behandling af tilstande med blandingsmisbrug er kompliceret og vil ofte kræve en intensiv behandlingsindsats, eventuelt indlæggelse i døgnregi. Ofte vil det være hensigtsmæssigt at vedligeholde substitutionsbehandlingen for opioidafhængighed, mens behandling for andet misbrug foregår. Den medikamentelle substitutionsbehandling ved opioidafhængighed er ikke direkte rettet mod andet misbrug end opioider. Men patienter stabiliseret på en adækvat dosis af metadon eller buprenorphin er mindre tilbøjelige til at have andet misbrug end patienter, der er inadækvat medicineret.

Forekomst af blandingsmisbrug er højere i gruppen af personer med psykiatrisk komorbiditet. I Danmark registreres i gennemsnit 2-3 stoffer som medvirkende dødsårsag ved forgiftningsdødsfald.

12.1 ALKOHOL

Fatale overdoser ses ved større mængder af alkohol i sammenhæng med substitutions- behandling ved opioidafhængighed, hvor den samlede sedative effekt er større end ved henholdsvis alkohol eller metadon/buprenorphin alene. Et samtidigt alkoholmisbrug nedsætter kompliance til substitutionsbehandlingen ved opioidafhængighed og medfører et ringere udbytte heraf. Patienter i substitutionsbehandling for opioidafhængighed og med samtidigt alkoholmisbrug har ofte også et misbrug af benzodiazepiner, flere fysiske og psykiske helbredsproblemer, større kriminalitet og dårligere social funktion. Alkoholmisbrug forværrer leverskade forårsaget af kronisk hepatitis og komplicerer eventuel antiviral behandling. Alkoholrelaterede skader er blandt hovedårsagerne til den høje dødelighed blandt opioidafhængige i substitutionsbehandling, både under og i forbindelse med udskrivelse fra behandling.

12.1.1 Behandling af alkoholmisbrug

Alkoholmisbrug hos patienter i substitutionsbehandling for opioidafhængighed skal behandles efter gældende principper, og behandlingen af alkoholmisbruget anbefales varetaget af den instans, der er ansvarlig for substitutionsbehandlingen.

En utilstrækkelig opioid-substitutionsbehandling med inadækvat dosering af metadon eller buprenorphin kan være medvirkende årsag til alkoholmisbrug, hvor alkohol anvendes som selvmedicinering af opioidabstinenser.

Hvis en patient i substitutionsbehandling for opioidafhængighed vurderes at være svært alkoholpåvirket, bør der ikke udleveres metadon eller buprenorphin til patienten. Medicinering med opioider må udsættes, indtil patienten ikke længere er alkoholpåvirket. Hvis dette ikke er muligt, må indlæggelse til alkoholfrusning overvejes, hvis substitutions- behandling for opioidafhængighed skal fortsættes.

Behandling af potentielt livstruende alkoholabstinenssymptomer hos patienter i substitutionsbehandling med buprenorphin eller metadon kan ikke gennemføres med opioider, men skal foretages efter de almindelige principper med krampestillende midler. Ambulant behandling af alkoholabstinenssymptomer hos patienter i substitutionsbehandling med buprenorphin eller metadon kan foregå med chlordiazepoxid i overvåget behandling. Princippet er effektiv behandling af abstinenssymptomerne i 1.-2. døgn efterfulgt af nedtrapning af 1-2 ugers varighed. Dosering og varighed af nedtrapningen individualiseres afhængigt af sværhedsgraden af alkoholmisbruget og personvariable i øvrigt (vægt, leverfunktion m.m.).

12.2 BENZODIAZEPINER

Det er ikke ualmindeligt, at patienter, der er i behandling for opioidmisbrug, også har et lægeordineret forbrug af benzodiazepiner. Hertil kommer, at benzodiazepiner er et ofte benyttet misbrugsstof. Det skønnes, at over halvdelen af alle, der bruger stoffer, har et årelangt forbrug af benzodiazepiner, som enten er ordineret legalt eller erhvervet på det illegale marked. Sædvanligvis indtages benzodiazepiner af stofafhængige i meget større doser end normalt rekommanderet.

Det er vigtigt, at den læge, der behandler patienten for stofbrug, tillige tager stilling til patientens forbrug af benzodiazepiner, således at disse ordinationer ikke foretages af andre læger uden sammenhæng

med misbrugsbehandlingen. Misbrug af store doser benzodiazepiner sammen med opioider er dels forbundet med høj risiko for utilsigtede hændelser, eventuelt fatale ulykker, men også med alvorlige forgiftninger, evt. fatale overdoser på grund af sedation og respirationshæmning. Dette forekommer også hos patienter i substitutionsbehandling med opioider, som ellers har udviklet tolerance for opioidernes respirationsdæmpende effekt.

Behandling af benzodiazepinforgiftning kan ske ved intravenøs indgift af den specifikke benzodiazepin-antagonist flumazenil.

Misbrug af store doser benzodiazepiner komplicerer kompliance til substitutionsbehandlingen for opioidafhængighed betydeligt. Ordination af benzodiazepiner bør principielt ikke finde sted hos stofafhængige på grund af afhængighedspotentialet og den negative påvirkning af de kognitive funktioner, som svækker udbyttet af den psykosociale behandling. Såfremt dette undtagelsesvis måtte være indiceret, skal lægen altid meget nøje overveje fordele og ulemper ved behandlingen, og indikationer og overvejelser skal journalføres. Iværksættelse af behandling med benzodiazepiner bør sædvanligvis kun ske ved personlig konsultation. Undtaget herfor er akut behandling af abstinenskramper.

Generaliseret angst, panikangst og angsttilstande relateret til posttraumatisk stress-syndrom (PTSD) behandles primært med antidepressiva. Benzodiazepiner bør helt undgås i behandlingen af søvnproblemer hos stofafhængige. Alternativt kan vælges højdosis-antipsykotikum til natten, eventuelt benzodiazepin-analog af cyclopyrrolongruppen (zolpidem, zopiclon, zaleplon) i 1–2 uger.

12.2.1 Håndtering af samtidigt kronisk benzodiazepinbrug

Nogle af de stofbrugere, som modtager substitutionsbehandling for opioidafhængighed, har indtaget benzodiazepinpræparater i årevis og udviklet afhængighed af præparaterne.

En del af de indtagne benzodiazepinpræparaterne er tit lægeordnede, andre købt illegalt.

Undersøgelser påpeger at stofbrugere typisk tager benzodiazepinpræparater af følgende årsager:

- For at opnå rusvirkning
- For at øge virkningen af andre rusmidler
- For at mindske uønskede virkninger af andre indtagne rusmidler (både under-, og efter indtag)
- For at dæmpe angst/stress-tilstand.

Oftest indtages benzodiazepinpræparaterne uregelmæssigt og i store doser, afhængig af stofbrugerens økonomi, aktuelle misbrug samt udbud/efterspørgsel. Hos denne gruppe af stofbrugere kan det være vanskeligt at tilrettelægge realistiske udtrappingsforløb, men det må forventes, at et stabilt, kontrolleret, aftagende, lægeordnede forbrug er mindre skadeligt end et fortsat kaotisk, selvordnede forbrug, som implikerer bagvedliggende sygdom.

For at opnå et indtryk af omfanget af indtaget af benzodiazepiner udspørges patienten grundigt om:

- Hvorfor præparaterne indtages, (herunder evt. selvbehandling af angsttilstand eller anden behandlingskrævende sindslidelse)
- Mønstret for indtag (eksempelvis et fast dagligt indtag suppleret med periodevist større indtag)
- Oversigt over indtagne præparater.

Det vurderes, om der er en afhængighedsproblematik, et misbrug eller, som det ofte er tilfældet, en kombination af begge.

Hvis der foreligger en afhængighedsstilstand kan stabiliserende abstinensforebyggende behandling med et benzodiazepinpræparat med lang virkning og langsom absorption overvejes.

Klonazepam Chlonazepam ("Rivotril"), som kendes fra behandling af epilepsi, er et benzodiazepinpræparat som opfylder disse krav. Klordiazepoxid Chlordiazepoxid ("Klopoxid", "Risolid"), kendt fra abstinensbehandling ved alkoholafhængighed, der har lignende karakteristika, kan også anvendes.

Før evt. behandling iværksættes, gøres status over gennemsnittet af det igangværende forbrug. Man omregner et gennemsnitligt dagligt indtag af diverse benzodiazepinpræparater til en modsvarende dosis Chlonazepam eller Chlordiazepoxid⁴⁵).

Formål og rammer for behandling af benzodiazepinafhængigheden gennemgås for patienten, herunder krav om hyppige, fastlagte lægesamtaler og en aftale om, at al benzodiazepinudskrivning foretages af lægen ansat på misbrugscenteret. Patienten skal være indforstået med, at behandlingen efter en stabiliseringsfase efterfølges af et individuelt tilrettelagt udtrappingsforløb. Og at ordinationerne lægges på det Fælles Medicin Kort (FMK) med en henstilling om, at andre læger undgår udskrivning af benzodiazepin. Formålet med behandlingen er:

- At forbygge abstinensstilstand
- At stoppe illegalt køb af benzodiazepiner
- At mindske kontakter til illegale stofmarked og dermed nedsætte risikoen for at blive tilbudt/købe andre rusmidler
- Gradvis udtrapping af det ordinerede præparat startende med en nedsættelse af dosis med ca. 10 % og videre efter aftale.

I starten af behandlingen bør lægen som minimum have patienten til samtale 1 gang ugentlig.

Når det skønnes muligt, planlægges overordnede rammer for nedtrappingen. Det er vigtigt, at patientens eventuelle forbrug af benzodiazepiner udover det ordinerede er stoppet, og at patienten er motiveret og enig i aftalen om aftrapning, før nedtrapping iværksættes. Nedtrapping bør ske i et tempo, som aftales mellem læge og patient. Patienten skal orienteres grundigt om mulige bivirkninger (søvnløshed, rastløshed, rysten, hovedpine, appetitløshed og overfølsomhed for lyd, lys, lugt og berøring), der kan opstå undervejs. Dosissænkning på ca. 10 % skønnes realistisk, og yderligere nedsættelse bør først ske, når tilstanden er stabil. Stå fast på samme dosis, hvis der opstår svære abstinenssymptomer. Udstræk evt. aftrapningen i den sidste tid, hvor det er sværest. Man skal være indstillet på, at fuldstændig udtrapping af benzodiazepiner tager lang tid, ofte flere år.

Der opstår hyppigt søvnforstyrrelser under udtrappingen. Søvnforstyrrelser forsvinder ofte spontant; men kan, når det skønnes nødvendigt kortvarigt, behandles med melatoninholdige præparater eller sederende antihistaminer.

Man bør undgå brug af benzodiazepinpræparater eller benzodiazepinlignende præparater (cyclopyrroloner, imidazopyridiner og pyrazolopyrimidiner).

Trangen til rusvirkning behandles efter samme principper som anden behandling af misbrug: Kognitiv terapi, motiverende samtaler etc.

Der henvises i øvrigt til afsnit 6.7 om behandling af afhængighed af lægeordineret medicin.

13. ANVENDELSE AF URINANALYSER

Som led i substitutionsbehandling af opioidafhængige kan anvendes urinanalyser med henblik på diagnostik eller vurdering af den iværksatte behandling. Urinanalyser skal ordineres af lægen eller af en person, som lægen har bemyndiget hertil. Såfremt urinanalyser indgår som led i behandling eller diagnostik, skal lægen vurdere resultatet i forhold til oplysninger om indtag af rusmidler og medikamenter, de foreliggende medicinske oplysninger og den anvendte metode.

13.1 INDIKATION

Urinanalyse kan benyttes som:

- Objektiv oplysning om patientens rusmiddelbrug
- Objektiv oplysning om ordinerede lægemidler indtages

- Bekræftelse på selvrapporteret stofbrug fra patienten
- Et redskab for patienter for at se udviklingen af deres behandling over tid
- Et mål for fremgang i rehabiliteringen
- Et redskab som kan benyttes til at evaluere og planlægge den kognitive behandling af patienten.

Lægen skal informere patienten om formålet med urinalysen og dens resultat. Patienten skal oplyses om, at resultatet af urinalysen ikke kan medføre udskrivelse fra behandling.

Hvis patienten ikke ønsker at aflægge urinprøve, bør det ikke forhindre, at patienten modtager behandling, men lægen må i disse tilfælde - for at kunne varetage en forsvarlig behandling - tilrettelægge behandlingen i forhold til de manglende oplysninger.

Resultatet af urinalysen er omfattet af sundhedslovens bestemmelser om tavshedspligt og videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger og andre fortrolige oplysninger i forbindelse med behandling af patienter.

13.2 PÅVISNING AF STOF- OG MEDIKAMENTINDTAGELSE I URINPRØVER

Immunkemiske screeningsanalyser af urin for indhold af stoffer og medikamenter er ikke entydige. Der er både risiko for fejl ved prøveaflæggelse og for falsk negative og falsk positive resultater. Urinalyser giver kun et pålideligt billede af de sidste dages indtag af stoffer.

13.3 SIKRING AF URINPRØVENS KVALITET

Før urinen analyseres for euforiserende stoffer/medikamenter, bør kvaliteten af urinprøven i forbindelse med prøveaflæggelsen sikres umiddelbart ved vurdering af urinens udseende, bestemmelse af temperatur, pH-værdi og massefylde eller creatinin (urinstiks).

Normalværdier for friskladt, ikke-manipuleret urin

Urinparameter	Normalværdier
Temperatur	32-38°C
pH	4-10
Massefylde	1,005 – 1,030 g/ml
Creatinin	8-20 mmol/l. Hvis koncentrationen < 2 mmol/l er sandsynligheden for fortynding stor og analysesvaret ubrugeligt

Hvis urinens kvalitet ikke svarer til værdierne i ovenstående tabel, vil en efterfølgende analyse i de fleste tilfælde være uden værdi.

I særlige tilfælde, hvor lægen fortsat er usikker på urinprøvens beskaffenhed, kan patientens aflæggelse af urinprøve overvåges af sundhedspersonale eller anden person, der fungerer som medhjælp for lægen.

13.4 ANALYSEMETODER

Ved urinscreening for stoffer og medikamenter forstås en primær analyse, som bruges til at adskille negative prøver fra mulige positive. Screening kan udføres ved anvendelse af immunologiske metoder som ikke nødvendigvis er 100 % specifikke for aktuelle stof- grupper. Positive resultater bør altid konfirmeres med mere specifikke metoder, såfremt patienten ikke er enig i resultatet. Den mest almindelige teknologi i dag er væskekroma- tografi-massespektrometri (LC-MS).

Screeningstest kan udføres med on-site tests (kviktest) eller ved indsendelse af urinprøve til screening på klinisk biokemiske afdelinger/laboratorier, retskemisk afdeling fx eller private aktører.

I praksis vil sikkerheden ved anvendelse af on-site test være noget mindre på grund af risiko for fejl i forbindelse med utilstrækkelig prøvehåndtering, forkert opbevaring af stiks eller forkert tolkning af analy-

sesvar. Det er derfor vigtigt, at man ved brug af on-site tests er fortrolig med metodens kvalitet og procedure for anvendelse i henhold til præparatbeskrivelse og instruktion.

Eksempler på usikkerhed ved tolkning af on-site tests

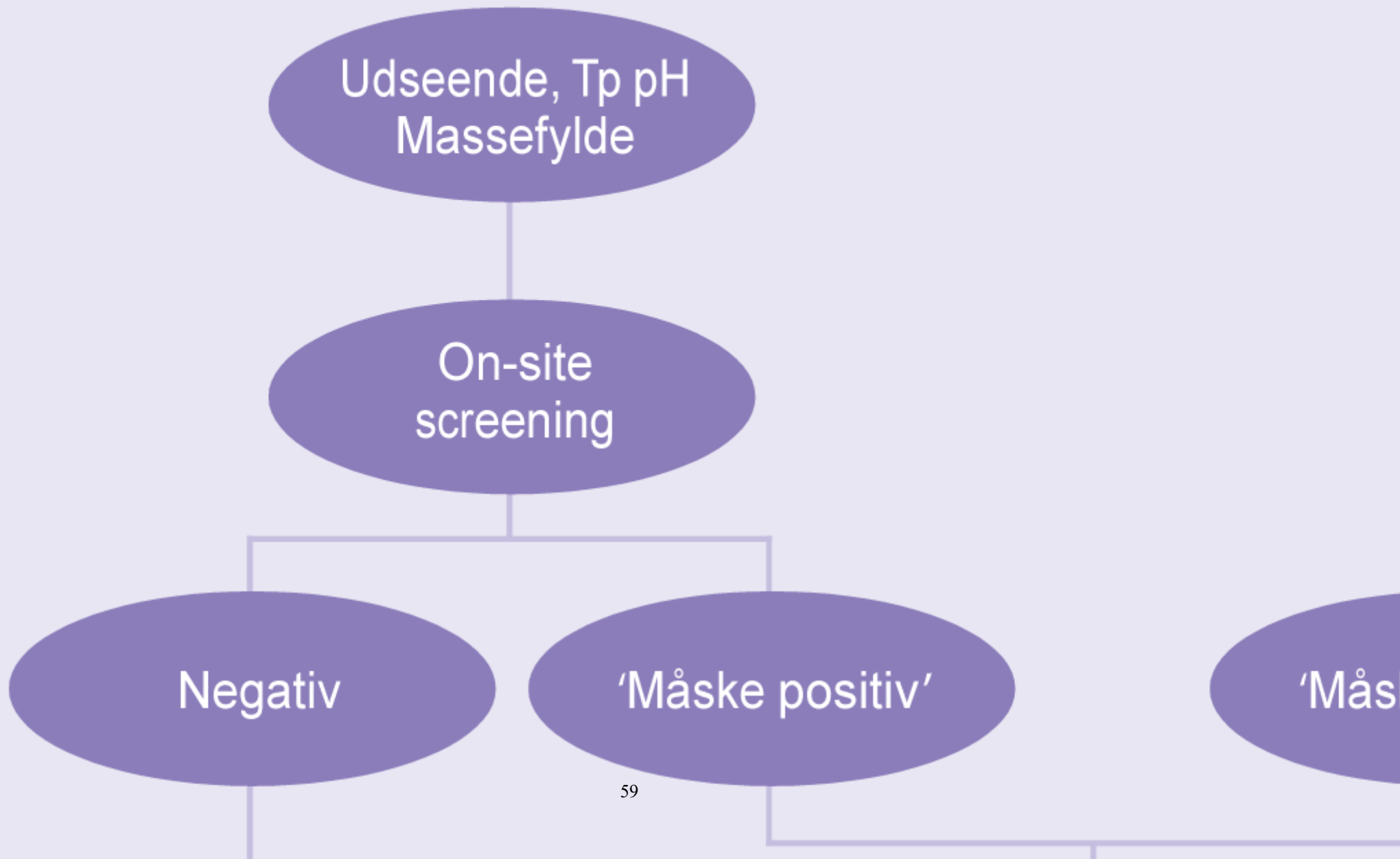
A: En urinprøve undersøges med en on-site test for amfetaminer, og testen angiver, at der ikke kan påvises tilstedeværelse af amfetaminer, dvs. prøven er ”negativ”. Det er ikke nødvendigt at foretage sig yderligere.

B: En anden urinprøve undersøges ligeledes med en on-site test, og testen påviser tilstedeværelse af amfetaminer, dvs. prøven er ”måske-positiv”. Resultater af on-site tests er ikke specifikke nok til at stå alene, og prøven bør reanalyseres på et laboratorium med en mere specifik metode. Her kan det vise sig, at der vitterlig er amfetamin i prøven, og den kan nu kaldes ”positiv”. En anden mulighed er, at der hverken kan påvises amfetamin, metamfetamin, ecstasy eller efedrin, som typisk vil være de ”amfetaminer”, der specifikt undersøges for med en konfirmatorisk laboratorie- metode. Det, der har givet udslag på on-site-testen er således et stof, der ligner amfetamin, men ikke er det. For nogle on-site-tests har det vist sig, at store mængder nikotin i urinen kan medføre, at testen giver udslag for amfetaminer. Som oftest vil det dog ikke være muligt at sige, hvilket stof der har givet anledning til en ”ikke-negativ” prøve. Prøven vil herefter betegnes som ”negativ”.

Anvendelse af on-site-tests kan være et rimeligt alternativ til en laboratoriescreening i de situationer, hvor fordelene ved et umiddelbart svar opvejer en øget risiko for et forkert resultat. On-site-tests kan bruges til at sortere mellem negative og ikke-negative (”måske positive”) prøver. For at afgøre, hvorvidt sidstnævnte vitterlig er positive, kræves via et laboratorium en bekræftelse med mere specifikke metoder.

Ved anvendelse af urinalyser i substitutionsbehandlingen anbefales det at følge procedureerne som det fremgår af figur 2.

Figur 2: Rutineprocedurer for anvendelse af urinalyser



13.5 PÅVISNINGSTIDER

Urinalyse	Stof/medikament	Påvisningstid efter første indtagelse	Påvisningstid efter sidste indtagelse: Op til...
Amfetamin	Amfetamin Metamfetamin MDMA/Ecstasy	6-8 timer	3 døgn
Benzodiazepin*	Der kan ikke skelnes mellem hvilket benzodiazepin som er indtaget	6-8 timer	5 døgn, dog op til 4 uger ved BZ med lang halveringstid
Metadon	Metadon	6-8 timer	2 døgn; dog op til 1 uge ved høje doser
Opiat**	Kodein Heroin (morfin)	6-8 timer	3 døgn
Ketobemidon	Ketogan, Ketodur	6-8 timer	1 døgn; dog 2-3 døgn ved store doser
Buprenorphin	Subutex/Suboxon	6-8 timer	2 døgn
Cannabis (tetra-hydro-cannabinol, THC)	Hash Marihuana Marinol (medikament)	6-8 timer	3 døgn; dog op til 6 uger hos kroniske brugere

*Benzodiazepiner: Normale (små) terapeutiske doser kan ikke påvises

**Opiat: Ved indtagelse af større mængder birkes (fødemiddel, fx på brød) kan ses positivt udslag for opiater

14. FOREBYGGELSE AF UØNSKET GRAVIDITET

Ledelsen på de kommunale behandlingsinstitutioner for personer med stofbrug skal sikre, at der foregår en systematisk indsats på dette område, således at rådgivning og tilbud om prævention indgår i den sundhedsfaglige del af stofbehandlingen.

Ved indskrivning i substitutionsbehandling af en kvinde i den fertile alder skal lægen optage en gynækologisk anamnese samt vurdere status for antikonception. Ved behov for antikonception skal lægen sikre, at kvinden får den nødvendige rådgivning og tilbud om antikonceptionsbehandling. Der bør løbende foretages en opfølgning.

Principper for valg af antikonceptionsmetode: Der anbefales en tostrengt præventionsindsats, hvor kvinderne beskyttes både mod graviditet og seksygdomme med:

- Langtidsvirkende og ikke-samlejeafhængig metode: p-stav, p-sprøjte, spiral og
- Kondom ved nye partnere til beskyttelse mod seksygdomme.

Lægen bør rådgive de kvindelige patienter om nem adgang til graviditetstest og nødprævention ("fortrydelsespiller").

Den systematiske præventionsrådgivning tilrettelægges i et samarbejde mellem den sundhedsfaglige og socialfaglige behandling. Målgruppen for præventionsrådgivning omfatter også mænd.

Sterilisation bør diskuteres med kvinder over 25 år, som har fået det antal børn, som de ønsker sig samt med kvinder med langvarig svær misbrugsproblematik og helbredsmæssig, psykisk og social stor belastningsgrad.

Når kvinder, der tager stoffer indlægges på gynækologisk og obstetrisk specialafdeling, fx i forbindelse med abortindgreb, bør:

- Lægen i det kommunale misbrugsbehandlingssystem eller den praktiserende læge - med kvindens samtykke - sikre, at specialafdelingen er informeret om evt. behov for iværksættelse af antikonception i forbindelse med indlæggelse
- Lægerne på den gynækologiske og obstetriske specialafdeling sikre, at kvinden er rådgivet om antikonception og tilstræbe, at præventionen er etableret inden udskrivelse.

15. BEHANDLING AF GRAVIDE KVINDER MED ET STOFBRUG

Gravide, hvis livsvilkår eller livsstil medfører særlige risici for mor og/eller barn skal tilbydes en særlig målrettet forebyggende og behandlende indsats svarende til svangreomsorgens niveau 4.

15.1 RISIKO FOR SKADER HOS BØRN FØDT AF KVINDER MED MISBRUG

Belastninger i den gravides liv udgør risikofaktorer i forhold et barns vækst, udvikling og helbredstilstand både under og efter graviditeten⁴⁶). Hos børn født af socialt belastede kvinder er der en hyppigere forekomst af for tidlig fødsel, dødfødsler, lav fødselsvægt og spædbarnsdød. Børn af rusmiddelafhængige mødre er derudover i risiko for andre alvorlige graviditets- og fødselskomplikationer som fx placentaløsning og intrauterin asfyksi samt i risiko for medfødte rusmiddelskader i form af fx misdannelser og neonatale abstinens- symptomer. Abstinensstilstande hos den gravide giver risiko for iltmangel hos fosteret med deraf følgende øget risiko for hjerneskader⁴⁷).

Børn født af mødre med forbrug af rusmidler risikerer langsigtede negative udviklings- mæssige konsekvenser i forhold til intellektuel funktion, opmærksomhed, emotionel og social funktion. Børn, hvis mødre har sat deres forbrug ned eller holdt op under graviditeten, har bedre udviklingsmæssige mål end børn af mødre, der fortsætter med rusmiddelforbruget under graviditeten⁴⁸).

I forhold til gravide kvinder med opioidafhængighed udgør et sideforbrug af andre rusmidler, herunder alkohol en yderligere risiko. Alkohol er et potent teratogen⁴⁹) og regnes for det mest fosterskadende af rusmidlerne⁵⁰).

Hertil kommer risikoen for, at en hepatitis B- og/eller hiv-smittet kvinde kan inficere barnet, hvis ikke der bliver sat ind i tide med forebyggende tiltag. Læs mere i Sundhedsstyrelsens vejledning om screening af gravide for infektion med hepatitis B virus, hiv og syfilis (se mere).

15.2 TIDLIG KONTAKT, HENVISNING AF DET REGIONALE FAMILIEAMBULATORIUM

Det er derfor vigtigt så tidligt som muligt i graviditeten at skabe en hurtig, evt. akut, kontakt mellem den gravide med et stofbrug og regionens familieambulatorium. Dette er forankret i en obstetrisk specialafdeling med tilknytning til neonatalafdeling, som vil kunne vurdere behov for behandling (eventuelt behandling under indlæggelse) og hjælpeforanstaltninger. Ofte har den gravide vanskeligt ved på eget initiativ at benytte sig af de almindelige profylaktiske tilbud inden for svangreomsorg og har således hverken været hos egen læge eller til graviditetsundersøgelse i jordemodercenter eller på hospital.

Da der er tale om en højrisikogruppe med belastede livsomstændigheder og svingende motivation for at søge behandling, skal enhver læge, der behandler en gravid med et stofbrug sikre, at der er etableret eller sørge for at etablere kontakt til familieambulatoriet. Enhver læge kan direkte henvise en gravid med

et stof- og/eller alkoholforbrug/-problem til vurdering på et familieambulatorium. Henvisninger uden for dagarbejdstid kan ske akut via vagthavende på de regionale gynækologisk/obstetriske afdelinger. Der er endvidere åben visitation til familieambulatorierne, så den gravide selv, pårørende eller andre professionelle også kan henvende sig direkte.

15.3 TVÆRSEKTORIEL OG TVÆRFAGLIG SVANGREOMSORG

Regionens familieambulatorium er forankret i de gynækologisk-obstetriske afdelinger med regionsfunktion i et tæt samarbejde med de pædiatriske afdelinger med regionsfunktion i neonatologi. Ansvar for den fortsatte koordination af den tværfaglige og tværsektorielle svangreomsorg placeres i familieambulatoriets regi. Den kommunale misbrugsbehandling kan i samarbejde med familieambulatoriet varetage misbrugsbehandlingen, herunder også substitutionsbehandling.

Kommunalbestyrelsen kan beslutte, at gravide med særlige behov skal tilbydes en særlig indsats, herunder en øget rådgivning, bistand samt evt. yderligere undersøgelser ved læge eller ved sundhedsplejerske på besøg i hjemmet⁵¹).

Sammenlignet med den almindelige svangreomsorg bør den gravide følges tæt:

- Gravide i stabil behandling, herunder i stabil substitutionsbehandling i det kommunale misbrugsbehandlingssystem, ses i svangrekonsultationer hos jordemoder eller obstetrikker efter behov
 - Gravide med en fortsat aktiv rusmiddelproblematik og/eller ustabil kontakt til familieambulatoriet og det kommunale rusmiddelbehandlingssystem bør henvises til indlæggelse på enten obstetrisk afdeling eller i døgnbehandling for gravide kvinder med alkohol- og/eller stofproblemer.

I tilfælde af at den gravide ikke ønsker kontakt til familieambulatoriet, henvises den gravide til den almindelige svangreomsorg ved jordemoder og speciallæge i obstetrik, som yder intensiveret svangreomsorg med sparring fra familieambulatoriet. Desuden bør kommunen underrettes i henhold til underretningsspligten beskrevet under afsnit 15.6.

15.3.1 Familieambulatorier

Familieambulatoriet er en tværfaglig enhed, som varetager den specialiserede forebyggende og behandlende svangreomsorg for gravide med rusmiddelproblemer. Herudover varetager familieambulatoriet undersøgelse og behandling af det nyfødte barn og moderen i barselsperioden samt opfølgning indtil skolealderen af børn, der har været eksponerede for rusmidler i fostertilværelsen. Familieambulatoriet har endvidere mulighed for at varetage svangreomsorgen for gravide, hvis partner har et afhængighedsforbrug af rusmidler, som kan have konsekvenser for svangerskabet eller barnets udvikling efter fødslen.

Svangerskabsjournalen, som udfyldes af almen praktiserende læge, fungerer som det primære screenings- og henvisningsredskab. Svangerskabsjournalen sendes til obstetrisk afdeling på det sygehus, hvor kvinden ønsker at føde. I svangerskabsjournalen spørges der bl.a. til kvindens forbrug af rusmidler. I de tilfælde, hvor der er tale om et potentielt foster- skadeligt forbrug, som den gravide enten er ophørt med eller aktuelt har et forbrug af, skal den gravide visiteres til familieambulatoriet. Det gælder også for gravide med en rus- middelproblematik, som de er ophørt med inden for de seneste to år.

Familieambulatorierne er bemandet af et team af fagpersoner med forskellig faglig bag- grund og har endvidere et tæt samarbejde med andre relevante sygehusafdelinger, herunder psykiatrisk og børne- og ungdomspsykiatrisk afdeling. Uden for sygehuset samarbejdes med den primære sundhedssektor, relevante kommunale forvaltninger, herunder børne-/ familieforvaltningen og rusmiddelbehandlingsinstitutioner.

Familieambulatoriet udarbejder en behandlingsplan, der beskriver den forventede kontakt til respektive fagpersoner. Familieambulatoriet har endvidere ansvar for at lave behandlingsplanen for fødslen og barselsperioden.

I graviditetsperioden overtager familieambulatoriet ansvaret for svangrekonsultationen og den sundhedsfaglige behandling ved jordemoder og læge, herunder afrusning/afgiftning, screening for og behandling af infektionssygdomme og andre følgesygdomme. Den gravide har samtaler med familieambulatoriets socialrådgiver om sin situation, og socialrådgiveren etablerer kontakt til hjemkommunen og indkalder til tværsektorielle koordinationsmøder. Endelig tilbydes den gravide eventuelt samtaler med en psykolog.

Efter fødslen omfatter interventionen observation og behandling af den nyfødte, støtte til opbygning af forældre-barn kontakten samt støtte og behandling til moderen/forældrene i barselsperioden i samarbejde med den kommunale sundhedsplejerske. Efter udskrivning følges barnet til skolealderen ved regelmæssige undersøgelser i familieambulatoriet af læge og psykolog.

Tidligst muligt under graviditeten indkalder familieambulatoriet de relevante aktører omkring kvinden/familien til tværsektorielt koordinationsmøde. Det er kommunens opgave og ansvar efter serviceloven at sikre den gravide og hendes familie de relevante sociale tilbud, herunder fx rusmiddelbehandling såvel under graviditeten som efter fødslen.

15.4 SUBSTITUTIONSBEHANDLING AF OPIOIDAFHÆNGIGE UNDER GRAVIDITET OG FØDSEL

Behandling af en gravid med opioidmisbrug skal altid ske i samråd med familieambulatoriet, og iværksættelse af substitutionsbehandling bør i videst mulig omfang foregå under indlæggelse/døgnbehandling for at beskytte fosteret. Hvis den gravide kvinde i substitutionsbehandling efterfølgende følges ambulant, varetager lægen i det kommunale behandlingssystem substitutionsbehandling i samarbejde med familieambulatoriet.

Hvis lægen i det kommunale misbrugsbehandlingssystem finder indikation for iværksættelse af substitutionsbehandling i det kommunale regi, skal det altid ske i samråd med familieambulatoriet. Fortsættelse af en substitutionsbehandling, der er begyndt før graviditeten, skal ligeledes varetages i samarbejde med specialafdelingen.

Hvis lægen i det kommunale behandlingssystem finder indikation for ændringer i den medikamentelle del af substitutionsbehandling (fx ved nedtrapning, udtrapning eller anden dosisændring), skal dette altid konfereres med familieambulatoriet.

Ved iværksættelse af substitutionsbehandling hos en gravid, som under graviditeten ikke har været i substitutionsbehandling, bør mono-buprenorphin være førstevalgspræparat. Både mono-buprenorphin og metadon bør foretrækkes som behandlingsvalg over buprenorphin/naloxon.

Afgiftning skal i videst mulige omfang undgås.

Metadon- og buprenorphindosis holdes på et sådant niveau, at den gravide ikke oplever betydelige abstinenser. Dosis bør deles, hvis den gravide får symptomer på abstinens, for eksempel sådan at ca. 2/3 af dagsdosis gives om morgenen og 1/3 om aftenen. Deling af dosis bør foretages uafhængigt af ændringer i medicindoseringen. Hvis den gravide til trods for deling af dosis har symptomer på øgende abstinens, bør dosis øges.

Gravide, som var i stabil substitutionsbehandling med enten buprenorphin eller metadon, da graviditeten indtrådte, bør anbefales at fortsætte med samme præparat under hele graviditeten. Buprenorphin bør ordineres i form af et præparat uden naloxon.

15.4.1 Amning

Efter fødsel bør kvinder i substitutionsbehandling opfordres til at amme. Ammende kvinder, som er i behandling med enten buprenorphin eller metadon, anbefales at fortsætte med samme præparat. Buprenorphin bør ordineres i form af et præparat uden naloxon.

Amning frarådes, hvis moderen bruger rusmidler. De fleste rusmidler passerer over i moder- mælken og kan påvirke barnet. Det gælder også alkohol og cannabis. Koncentrationen af cannabis er 8 gange højere i mælken end i moderens blod og kan spores i barnets urin op til 2-3 uger efter amning.

15.5 BEHANDLING AF GRAVIDE MED ALKOHOL- OG BENZODIAZEPIN ABSTINENS- SYMPTOMER

Behandling af alkohol- og benzodiazepin abstinenssymptomer hos gravide skal foregå i samarbejde med familieambulatoriet, fortrinsvis under indlæggelse/døgnbehandling.

15.6 TAVSHEDSPLIGT OG UNDERRETNINGSPLIGT

Hjælp til en gravid kvinde skal ske efter den gravides ønsker og behov og med respekt for hendes selvbestemmelse, jf. kapitel 5. Som udgangspunkt giver en gravid med et stofbrug sit stiltiende samtykke, når hun møder frem til graviditetsundersøgelser. Hvis kvinden ikke ønsker at deltage i graviditetsundersøgelser, så er dette et udtryk for kvindens selvbestemmelsesret.

Sundhedspersoner spiller en helt central rolle, når det gælder beskyttelsen af fosteret under graviditeten og barnet efter fødslen. En sundhedspersons tavshedspligt skal tilsidesættes, når sundhedspersonen via lovgivningen er pålagt en udvidet underretningspligt over for kommunen⁵²). Professionelle i sociale og sundhedsfaglige indsatser har pligt til at underrette kommunen, når de under udøvelsen af deres erhverv får kendskab til eller grund til at antage at et barn umiddelbart efter fødslen kan få behov for særlig støtte⁵³) på grund af de vordende forældres forhold. Kommunen har mulighed for at graviditeten der er behov for særlig støtte. Kvinden og en evt. partner skal oplyses om samarbejdet med de sociale myndigheder, tavshedspligt, oplysningspligt og den skærpede underretningspligt.

15.7 ABORTRÅDGIVNING

Når den første samtale er tidligt i graviditeten, bør den gravide stofbruger informeres om de risici, der er for fosteret samt de foreliggende muligheder for støtte til gennemførelse af svangerskabet og for støtte efter barnets fødsel. Herefter bør hun informeres og rådgives om muligheden for abort⁵⁴).

Er hun før 12. graviditetsuge, kan hun vælge at få foretaget en abort. Har hun derimod overskredet udgangen af 12. uge, oplyses hun om mulighederne for at søge tilladelse til sen abort ved det regionale abortsamråd. Den gravide henvises tidligst muligt til familie- ambulatoriet med henblik på rådgivning vedr. behov for supplerende undersøgelser, fx risikovurdering og fosterdiagnostik, screening for infektionssygdomme.

Såfremt kvinden vælger abort, skal familieambulatoriet sikre, at kvinden er informeret om tilbud i det kommunale misbrugsbehandlingssystem med henblik på et opfølgende behandlingstilbud efter udskrivelsen. Prævention drøftes med kvinden inden abortindgrebet, således at antikonception så vidt muligt er etableret inden udskrivelse fra hospital.

15.8 SÆRLIG STØTTE TIL VORDENDE FORÆLDRE

Hvis det antages, at der kan opstå et behov for særlig støtte til et barn umiddelbart efter fødslen, eller hvis de vordende forældres forhold giver anledning til bekymring for fosteret/ barnet, skal kommunen med baggrund i behovet for en så tidlig og målrettet indsats som muligt undersøge de vordende forældres forhold nærmere⁵⁵). Afgørelse om eventuelle foranstaltninger træffes på baggrund af denne undersøgelse.

15.9 RETTEN TIL AT FÅ TILBUDET KONTRAKT OM BEHANDLING FOR STOFBRUG MED MULIGHED FOR TILBAGEHOLDELSE I BEHANDLING

Når kvinden tilbydes døgnbehandling for rusmiddelproblemet⁵⁶), har kommunerne pligt til at tilbyde gravide kvinder med et stof- og/eller alkoholproblem at indgå en kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse⁵⁷). Behandling i botilbud/døgnophold foregår i princippet i et åbent behandlingsmiljø, og de magtforanstaltninger, der kan anvendes i forbindelse med en tilbageholdelse, skal afpasses forholdene.

Det er frivilligt for den gravide kvinde at indgå en sådan kontrakt, men ønsker hun ikke dette, har hun fortsat adgang til øvrige eksisterende behandlingstilbud, herunder døgnbehandling. En kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse skal indgås, så den varer hele den resterende del af graviditeten – uanset hvornår i graviditeten kvinden modtager tilbuddet. Den gravide kvinde kan til enhver tid opsig en kontrakt, når betingelserne for tilbageholdelse ikke er opfyldt.

Tilbageholdelse efter en kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse kan kun ske, når der er en begrundet formodning om, at kvinden vil afbryde den aftalte behandling, og det vil være uforsvarligt ikke at tilbageholde hende, fordi udsigten til ophøret af mis- bruget eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentligt forringet, kvinden frembyder nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre, eller den gravide frembyder nærliggende fare for at skade fosteret.

Der kan kun ske tilbageholdelse, hvis mindre indgribende foranstaltninger, bl.a. socialpædagogiske tiltag, ikke er tilstrækkelige. Tilbageholdelsen skal ophøre, når de ovenfor nævnte betingelser ikke længere er til stede.

16. INDBERETNINGSPLIGTER

I forbindelse med den lægelige stofmisbrugsbehandling er det lovpligtigt at indberette en række data til centrale myndigheder og registre hhv. Stofmisbrugsdatabasen, Sundhedsdatastyrelsen, Lægemiddelstyrelsen og Statens Serum Institut.

Til Stofmisbrugsdatabasen skal indberettes:

- Valg af substitutionspræparat
- Oplysninger om lægesamtaler, tidsfrist for behandling og brug af frit valgs ordningen
- Markører til vurdering af kvaliteten af behandlingen og indsatsen vedr. hepatitis C

Til Sundhedsdatastyrelsens indberettes:

- Forhold vedr. patienter i behandling med heroin og metadon (IHM-databasen)

Til Lægemiddelstyrelsen indberettes:

- Regnskab for klinikkernes forbrug af af diacetylmorfin (heroin)

Til Statens Serum Institut, Afdeling for Infektionsepidemiologi anmeldes:

- Fund af smitsomme sygdomme som hepatitis og hiv.

16.1 STOFMISBRUGSDATABASEN

Stofmisbrugsdatabasen (SMDB) er en fælles indberetningsløsning for en række registre på stofbrugsområdet: SIB, KvalHep, VBGS og DanRIS. I juni 2011 åbnede databasen, som for første gang samler alle indberetninger på stofbrugsområdet ét sted. Dette er således et resultat af et samarbejde mellem Socialstyrelsen (VBGS), Center for Rusmiddelforskning (DanRIS), Statens Serum Institut (SIB) og Sundhedsstyrelsen (KvalHep).

De enkelte registre er fortsat selvstændige, og der er således alene tale om en administrativ forenklet indberetningsløsning og ikke en registersammenlægning, og ved at samle dem i SMDB undgås dobbeltindberetninger og ressourcespild. SMDB trækker stamdata og oplysninger om behandlingsinstitutioner

fra Tilbudsportalen. Indberetningen til SMDB er lovpligtig⁵⁸). Databasen drives af Socialstyrelsen, som er dataansvarlig for VBGS, mens Sundhedsdatastyrelsen er dataansvarlig for SIB og KvalHep. Pr 1. januar 2017 overgår driften af databasen til Danmarks Statistik.

SMDB's hjemmeside er målrettet personer, der arbejder med indberetninger af oplysninger på stofmisbrugsområdet (se mere). Her findes vejledningmateriale for introduktion og manualer til brug af SMDB samt E-guides for konkret trin-for-trin vejledning.

16.1.1 Indberetning af opioid substitutionsbehandling

Læger i kommunen, der er ansvarlige for opioid substitutionsbehandling af patienter med stofbrug, skal afgive månedlige indberetninger herom til SMDB⁵⁹).

Indberetningerne skal også omfatte de patienter, hvis behandling er delegeret til andre læger. Hvis behandlingen delegeres til andre læger, er det den læge, som delegerer, der har indberetningspligten.

Indberetningen afgives inden den 20. i en måned og omfatter oplysninger om de patienter, som har fået ordineret opioider i den foregående måned som led i behandling af deres stofbrug.

Indberetningen skal indeholde:

- Patientens CPR nr.
- Præparat
- Den ordinerende læges autorisations ID.

Den lægelige indberetningsforpligtelse varetages gennem den kommunale indberetning til SMDB's "Register over stofmisbrugere i behandling" (SIB). Den lægelige indberetningspligt kan delegeres til medhjælp. Imidlertid er det lægens pligt at sikre, at oplysningerne er korrekte og opdaterede. Hvis lægen selv indberetter, eller hvis lægen ønsker at kontrollere de af medhjælpen indberettede oplysninger, er det nødvendigt, at lægen selv har adgang til SIB.

16.1.2 Indberetning af lægesamtaler, tidsfrist for behandling og frit valg

Oplysninger om lægesamtaler og om frit valg af behandlingssted skal indberettes til "Register over stofmisbrugere i behandling" (SIB) via SMDB. Indberetning om lægesamtaler skal ske senest en måned efter, at lægesamtalen har fundet sted. Indberetning om tidspunkt for lægelig stofbrugsbehandling skal ske senest en måned efter, at behandlingen er iværksat. Ligesom indberetning om frit valg skal ske senest en måned efter, at frit valg er benyttet⁶⁰).

Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at indberetning af disse oplysninger sker i overensstemmelse med reglerne, men kan dog overlade indberetningen af oplysninger til de institutioner, hvorpå lægelig stofbrugsbehandling finder sted.

Hvad det er, der skal indberettes, fremgår her (se mere)

16.1.3 Indberetning af lægelig stofbrugsbehandling og indsats mod hepatitis C

Oplysninger om patientbehandling og om lægelige kerneydelser, der indgår i forbindelse med forebyggelse, udredning og evt. behandling for hepatitis C, skal indberettes i KvalHep-databasen på SMDB. Indberetningen skal indeholde de oplysninger, som fremgår her (se mere)

Indberetningen skal ske ved afslutningen af behandlingen eller senest 12 måneder efter indskrivning i behandling og skal foretages uanset indberetning/anmeldelse til andre centrale registre⁶¹).

Indberetningen skal ske elektronisk i overensstemmelse med den til enhver tid gældende brugermanual "Brugervejledning for indberetning til Stofmisbrugsdatabasen", som er tilgængelig på Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

Kommunalbestyrelsen er ansvarlig for, at indberetning af oplysninger sker i overensstemmelse med reglerne i denne bekendtgørelse⁶¹, men kan dog overlade indberetningen af oplysninger til de institutioner, hvor behandlingen finder sted.

16.2 INDBERETNING AF BEHANDLING MED HEROIN OG INJICERBAR METADON

Behandling med heroin og injicerbar metadon skal indberettes til Sundhedsdatastyrelsens database for heroin og injicerbar metadon (IHM-databasen). Indberetning af data skal finde sted ved iværksættelse af behandlingen samt herefter løbende hvert halve år. Databasen omfatter spørgsmål om stofbrug, risikoadfærd, forekomst af misbrugsrelaterede fysiske og psykiske sygdomme, selvvalderet helbredsopfattelse samt spørgsmål om social belastning og kriminalitet.

Data kan printes ud og indgå i patientens journal, hvorved det kan danne grundlag for den kontinuerlige vurdering af behandlingen. I forbindelse med indberetningen genereres automatisk scores på baggrund af indtastede data.

De indberettede data indgår i et register i Sundhedsdatastyrelsen efter de forskrifter, der gælder for opbevaring af fortrolige oplysninger og anvendes til en national evaluering af behandlingsformen.

I denne publikation (se mere) beskrives, hvordan indberetningen til Sundhedsdatastyrelsens database for injicerbar heroin og metadon (IHM) skal foretages ved hjælp af Sundhedsdatastyrelsens Elektroniske Indberetningssystem (SEI). Brugervejledningen giver en introduktion til de vigtigste funktioner i den elektroniske indberetning, dvs. hvordan et skema skal udfyldes og indberettes.

For at kunne indberette i Sundhedsdatastyrelsens database for injicerbar heroin og metadon (IHM) kræves det, at man først er oprettet i SEI. Vejledning til SEI kan ses her (se mere).

16.3 INDBERETNING AF KLINIKKERNES BRUG AF HEROIN (DIACETYLMORPHIN)

Heroinklinikkerne skal føre et detaljeret regnskab for diacetylmorfin⁶². Regnskabet skal omfatte lagerbeholdning og forbrug på henholdsvis patient- og klinikkniveau.

Efter hvert afsluttet kvartal, senest den 10. i den efterfølgende måned (januar, april, juli, oktober), skal klinikregnskabet indsendes til Lægemiddelstyrelsen⁶³.

16.4 ANMELDELSE AF PATIENTER DIAGNOSTICERET MED SMITSOMME SYGDOMME

En læge, der diagnosticerer hiv og hepatitis skal foretage skriftlige anmeldelse heraf⁶⁴.

16.4.1 Hepatitis

hepatitis C anvendes papirformular 1515 med relevante oplysninger om den enkelte patient. Det er desværre endnu ikke muligt at benytte elektronisk indberetning til disse anmeldelser. Formularen kan rekvireres hos Pekema A/S: (se mere). Anmeldelsen sendes til Afdeling for Infektionsepidemiologi på Statens Serum Institut samt til embedslægeinstitutionen på patientens opholdssted.

16.4.2 Hiv

Anmeldelse af hiv er organiseret således, at det laboratorium, der bekræfter hiv-diagnosen, fremsender en hiv-anmeldelsesformular (Sundhedsstyrelsens formular nr. 4001-9) til den rekvirerende læge til videre udfyldelse af personlige oplysninger om patienten før indsendelse til Afdeling for Infektionsepidemiologi på Statens Serum Institut. De konfirmatoriske laboratorier skal anføre patientens cpr-nummer på formularen, inden den sendes til anmeldende læge til videre udfyldelse.

17. MYNDIGHEDERNES TILSYN OG INSPEKTION

Der foregår flere former for offentligt tilsyn med misbrugscentrenes overholdelse af gældende regler. Dels tjekker Styrelsen for Patientsikkerhed både basale (generiske) og særlige (specialeafhængige) målepunkter, og dels går Lægemedelstyrelsen på inspektion på heroinklinikkerne for at tjekke medicinbehandling og regnskab.

Styrelsen for Patientsikkerhed fører tilsyn med lægers ordination af afhængighedsskabende lægemidler. Herudover vil styrelsen i fremtiden også gå på tilsyn på de kommunale misbrugsinstitutioner og ikke kun som tidligere på de private behandlingsinstitutioner, hvor man særligt har fokus på følgende:

17.1 GENERISKE MÅLEPUNKTER

På de kommunale behandlingsinstitutioner for stofbrug har de tilsynsgående fra Styrelsen for Patientsikkerhed særlig opmærksomhed på følgende områder, der hyppigst giver anledning til kritik:

- Skriftlig instruks for identifikation af patienter og sikring mod forvekslinger
- Mærkning af oplysninger, diagnostisk materiale mv., dvs. alle oplysninger, der er relevante for patientundersøgelse, behandling, mv. med særligt fokus på mærkning af urinprøver og identifikationen ved medicinudlevering
- Skriftlig instruks for visitation af henvisninger fra læger og henvendelser fra patienter til behandlingsinstitutionen, særligt vedr. akutte og uklare henvisninger/henvendelser. Herunder procedure for hvordan personalet skal forholde sig, hvis der kommer en selvhenvender med behandlingsbehov
- Skriftlige instrukser til personalet omhandlede administration af medicin, der kan indebære en risiko for patientsikkerheden, herunder afhængighedsskabende medicin. Med særlig fokus på steder med ikke-autoriseret personale, der håndterer afhængighedsskabende medicin og procedurer, der omfatter personalets journalføring af lægens telefoniske medicinordinationer, personalets vurdering af behandlingsbehov og iværksættelse af behandling med medicin inden for fastsatte rammer og procedurer for journalføring ved udlevering af ordineret medicin, herunder til brug efter behov (p.n.)
- Lægens sikring af instruktion og tilsyn i forbindelse med medhjælpens patientbehandling, herunder oplæring i journalføring, administration af medicin, observation af patienten ved behandling med afhængighedsskabende medicin.

17.2 SPECIFIKKE MÅLEPUNKTER FOR INDHOLDSFORTEGNELSEN

Det bliver ved gennemgang af journaler undersøgt, om:

- Der foreligger en tilstrækkelig udredning af misbrugstilstanden
- Der er udarbejdet en lægelig behandlingsplan, om denne er kendt og bliver fulgt af personalet, og om planen er en del af journalen
- Der foreligger en beskrivelse af evt. delegation af behandlingen og samarbejde/koordinering vedrørende patientens sideløbende behandling ved speciallæge eller egen læge
- Rammerne for substitutionsbehandling er beskrevet, fx om indtagelse skal være overvåget, og om der kan gives tag-med-hjem-doser
- Buprenorphin er første-valgspræparat, eller om indikationen for iværksættelse af behandling med andet præparat tydeligt fremgår af journalen
- Der er en tydeligt beskrevet indikation for behandling og dosering med metadon, og at der ved ordinerede, høje metadondoser foreligger et normalt EKG
- Den for substitutionsbehandlingen ansvarlige læge har taget stilling til patientens eventuelle forbrug af benzodiazepiner, så denne behandling ikke ordineres af andre læger uden sammenhæng med misbrugsbe-

handlingen. Om ordination af benzodiazepiner bliver foretaget ved en personlig konsultation, og indikationen samt behandlingsvarigheden fremgår af journalen.

17.3 LÆGEMIDDELSTYRELSENS INSPEKTION

På heroinklinikkerne undersøger inspektører fra Lægemedelstyrelsen opbevaringsforhold og lagerstyring/regnskab vedr. heroin (diacetylmorfin). De tjekker om klinikkerne følger procedurer for håndtering ifm. bestilling, modtagelse, opbevaring, svind, spild og destruktion⁶⁵). Det undersøges om den månedlige afstemning af heroin udtaget til behandling (patientregnskab) stemmer med den fysiske lagerbeholdning (klinikregnskab/ boksregnskab).

17.4 SOCIALTILSYN

Socialtilsynet har ansvaret for at godkende og føre driftsorienteret tilsyn med sociale tilbud for udsatte. Socialstyrelsen understøtter socialtilsynets arbejde med relevant vejledning og materiale og følger løbende praksis og foretager kvalitetskontrol. Der kan læses mere om socialtilsynet her (se mere).

Sundhedsstyrelsen, den 28. december 2016

- 1) Autorisationsloven § 41.
- 2) Sundhedsloven § 142.
- 3) Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 17, jf. lovbekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011 med senere ændringer.
- 4) Tjagvad C. Forslag til revision af afsnit af Sundhedsstyrelsens ”Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling af 1. juli 2008.” SERAF – Senter for rus og afhængighedsforskning, Oslo Universitet, 2016. www.seraf.uio.no.
- 5) I den lægelige arbejdsgruppe deltog Inge Birkemose, Lene Caspersen, Annette Eberhardt, Christian Hvidt, Erik Høyer, Jakob Billeskov Jansen og Lada Anatolyevna Olkhovaya Thomsen.
- 6) Christensen, P. B., Grasaasen, K., Sælan, H. (2009, upubliceret). Skøn over antallet af injektionsmisbrugere i Danmark, 2009.
- 7) Narkotikasituationen i Danmark 2016. Nationale data. 2016, Sundhedsstyrelsen.
- 8) Center for Rusmiddelforskning, Aarhus Universitet (2012): DanRIS 2011 – STOF. Dansk Registrerings- og Informationssystem. Ambulant behandling.
- 9) Tjagvad C, Petersen H, Thylstrup B et al. Forgiftningsdødsfald og øvrige narkotikarelaterede dødsfald i Danmark 2008-2011. Senter for rus- og afhængighedsforskning. Oslo, 2014. www.seraf.uio.no.
- 10) Degenhardt L, Bucello C, Mathers B et al. Mortality among regular or dependent users of heroin and other opioids: a systematic review and meta-analysis of cohort studies. *Addiction*. 2011; 106(1):32-51.
- 11) Bekendtgørelse nr. 1202 af 14. november 2014 af sundhedsloven med senere ændringer.
- 12) Sundhedsloven § 41, stk. 2.
- 13) Bekendtgørelse nr. 3 af 2. januar 2013 om autoriserede sundhedspersoners patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse m.v.)
- 14) Sundhedsloven § 37.
- 15) Sundhedsloven § 142.
- 16) Lov om autorisation af sundhedsborgere og om sundhedsfaglig virksomhed § 41, stk. 1, 1. pkt., jf. lovbekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011 med senere ændringer.
- 17) Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 41, stk. 1, 2. pkt.
- 18) Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed § 41, stk. 1, 1. pkt., jf. lovbekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011 med senere ændringer.
- 19) Serviceloven § 101 a.
- 20) KABS - viden/CFR/Rådet for socialt udsattes rapport ”Brugernes tilfredshed med substitutionsbehandlingen” 2014.
- 21) Bekendtgørelse nr. 1202 af 14. november 2014 af sundhedsloven med senere ændringer.
- 22) Nationale retningslinjer - for den sociale stofmisbrugsbehandling. Socialstyrelsen 2016.
- 23) Nationale retningslinjer - for den sociale stofmisbrugsbehandling. Socialstyrelsen 2016.
- 24) Nationale retningslinjer for den sociale stofmisbrugsbehandling 2016
- 25) Serviceloven § 141.
- 26) Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner. Sundhedsstyrelsen, 2014.
- 27) Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9778 af 2/8 2016 om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, tvangsfiksering og tvungen opfølgning efter udskrivning, m.v. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger.
- 28) Tjagvad C, Petersen H, Thylstrup B et al. Forgiftningsdødsfald og øvrige narkotikarelaterede dødsfald i Danmark 2008 - 2011. Senter for rus - og afhængighedsforskning. Oslo, 2014. www.seraf.uio.no
- 29) Vejledning nr. 9009 af 27/12/2013 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler.
- 30) Autorisationsloven § 41,stk. 2.
- 31) Autorisationsloven § 142,stk. 4.
- 32) Journalføringsbekendtgørelsen. BEK nr 1090 af 28/07/2016.
- 33) Vejledning nr 9009 af 27/12/2013 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler.
- 34) Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler.
- 35) Sundhedsstyrelsens nationale handlingsplan til forebyggelse af hepatitis C blandt stofmisbrugere 2007.
- 36) National Klinisk retningslinje for udredning og behandling af ADHD hos voksne. Sundhedsstyrelsen 2015.
- 37) Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler, Sundhedsstyrelsen 2013.
- 38) Retningslinjer for udarbejdelse af koordinerende indsatsplaner. Sundhedsstyrelsen, 2014.
- 39) Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9778 af 2/8 2016 om forhåndstilkendegivelser, behandlingsplaner, tvangsfiksering og tvungen opfølgning efter udskrivning, m.v. for patienter indlagt på psykiatriske afdelinger.
- 40) qtodrugs.org
- 41) Ugeskr Læger 2015; 177:V10140557.
- 42) Denne behandlingsform har sin egen vejledning, som for fuldstændighedens skyld gentages ovenfor i forkortet form: Vejledning nr 9083 af 1. januar 2010 om ordination af injicerbar dactylmorphin (heroin) ved opioidafhængighed.
- 43) Vejledning nr. 9584 af 10/10/2013 om vurdering af helbredskrav til førere af motorkøretøjer.
- 44) Autorisationsloven § 44.
- 45) Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler 2013, tabel 2.
- 46) Anbefalinger for svangreomsorgen. Sundhedsstyrelsen, 2013.
- 47) Guidelines for the identification and management of substance use and substance use disorders in pregnancy. WHO, 2014.
- 48) Irner TB. Childhood developmental consequences of being born to a mother using substances during pregnancy. Københavns Universitet, 2011Universitet 2unktion.
- 49) Alcohol in the European Union. Consumption, harm and policy approaches. World Health Organisation, Regional Office for Europe, 2012.
- 50) Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer. Familieambulatoriets interventionsmodel. Sundhedsstyrelsen 2010.
- 51) Bekendtgørelse nr. 1344 af 3. december 2010 om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge.
- 52) Serviceloven § 153 med BEK nr. 1466 af 16. december 2010.
- 53) Serviceloven kapitel 11.
- 54) Sundhedsloven § 94.
- 55) Serviceloven § 50.
- 56) Serviceloven § 101 og sundhedsloven § 141.
- 57) Jf. § 1 i lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling, jf. lovbekendtgørelse nr. 1128 af 20. oktober 2014, som ændret ved lov nr. 655 af 8. juni 2016 og sundhedslovens § 141 b, jf. lovbekendtgørelse nr. 1188 af 24. september 2016 af sundhedsloven.
- 58) Retssikkerhedsloven på det sociale område § 82 og Bekendtgørelsen om retssikkerhed og administration på det sociale område § 41, Autorisationsloven § 19 og Sundhedsloven § 195. Der behandles i henhold til Serviceloven § 101 og Sundhedsloven § 142.

- 59) Bekendtgørelse nr. 540 af 19/05/2014 om lægers anmeldelse af stofmisbrugere i behandling.
- 60) Bekendtgørelse nr. 1789 af 16/12/2015 om kommunernes indberetning til Sundhedsdatastyrelsen om lægesamtaler i forbindelse med stofmisbrugsbehandling, lægelig stofmisbrugsbehandling og frit valg i forbindelse med lægelig stofmisbrugsbehandling.
- 61) Bekendtgørelse nr. 1700 af 21. december 2010.
- 62) Vejledning om ordination af diacetylmorfin (heroin) ved opioidafhængighed.
- 63) Vejledning om behandlingssteder for stofmisbrugeres bestilling m.v. af diacetylmorfin, samt om virksomheders indførsel og udlevering heraf.
- 64) Bekendtgørelse om lægers anmeldelse af smitsomme sygdomme m.v. (BEK nr. 277 af 14. april 2000).
- 65) Vejledning nr 9279 af 11. juli 2011 om behandlingssteder for stofmisbrugeres bestilling m.v. af diacetylmorfin, samt om virksomheders indførsel og udlevering heraf.