



VEJLEDNING OM DEN LÆGELIGE  
BEHANDLING AF STOFMISBRUGERE  
I SUBSTITUTIONSBEHANDLING

2008



VEJLEDNING OM DEN LÆGELIGE  
BEHANDLING AF STOFMISBRUGERE I  
SUBSTITUTIONSBEHANDLING AF 1. JULI 2008

2008

Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere  
i substitutionsbehandling af 1. juli 2008

Tilsyn  
Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
2300 København S

Emneord: Stofmisbrug, substitutionsbehandling  
Sprog: Dansk  
URL: <http://www.sst.dk>  
Version: 1,0  
Versionsdato: 1. juli 2008  
Elektronisk ISBN: 978-87-7676-591-0  
Den trykte versions ISBN: 978-87-7676-593-4  
Format IT-version: pdf

Pris: 0 kr., dog betales ekspeditionsgebyr  
Udgivet af: Sundhedsstyrelsen  
Design: Schultz Grafisk  
Tryk: Schultz Grafisk

# Forord

Der skønnes at være 27.000 stofmisbrugere i Danmark og cirka halvdelen er indskrevet i stofmisbrugsbehandling. Langt de fleste stofmisbrugere, der søger behandling, bruger flere stoffer. Heroin er et af de hyppigst anvendte stoffer blandt klienterne i behandling, og cirka 40 % har injiceret. I 2004 var 6300 personer i længerevarende lægeordineret substitutionsbehandling.

Stofmisbrugere har en høj somatisk og psykiatrisk sygelighed. De helbreds-mæssige problemer og konsekvenser, som følger med stofmisbrug, medfører et stort antal hospitalsindlæggelser og skadestuebesøg og er medvirkende årsag til den høje forekomst af narkotikarelaterede dødsfald. Det skønnes, at stofmisbrugere har en 10 gange højere dødelighed end baggrundsbefolkningen.

Den sociale og sundhedsfaglige behandling af stofmisbrug har siden 2007 været et kommunalt ansvarsområde. Den lægelige behandling af opioidafhængige finder primært sted i de kommunale misbrugsbehandlingssystemer, men kan også foregå i almen praksis, i sygehusregi og inden for kriminalforsorgen.

I regeringens handlingsplan fra 2003 mod narkotikamisbrug, ”Kampen mod narko” blev vigtigheden af en styrkelse af den lægelige behandlingsindsats i stofmisbrugsbehandlingen påpeget. Med henblik på at fastholde og udbygge den eksisterende behandlingsindsats blev der således med satspuljeaftalen for 2004 afsat midler til bl.a. at gennemføre en kvalitetssikring og -udvikling af substitutionsbehandlingen.

Vejledningen skal medvirke til at nedbringe sygeligheden og dødeligheden blandt stofmisbrugere ved at sikre en ensartet og acceptabel kvalitet i de væsentligste lægelige kerneydelser, der knytter sig til substitutionsbehandlingen af opioidafhængige.

Vejledningen er udarbejdet på baggrund af den aktuelle internationale og nationale dokumentation på området og i samarbejde med ekspertarbejdsgrupper fra den kliniske praksis samt en til formålet nedsat referencegruppe med repræsentanter fra Indenrigs- og Sundhedsministeriet, Socialministeriet,

Kommunernes Landsforening, Dansk Selskab for Addiktiv Medicin, Center for Rusmiddelforskning, Foreningen af Kommunalt Ansatte Læger og Kriminalforsorgen.

Sundhedsstyrelsen, 1. juli 2008

*Anne Mette Dons*  
Overlæge, chef for Tilsyn

*Helle Petersen*  
Afdelingslæge, projektleder

# Indhold

<b>1</b>	<b>Indledning</b>	<b>10</b>
1.1	Anvendte begreber	10
1.2	Patienters retsstilling	11
1.2.1	Samtykke til behandling	11
1.2.2	Information	12
1.2.3	Øjeblikkeligt behandlingsbehov	12
1.2.4	Frivillighed	12
1.2.5	Samtykkets indhold	13
1.2.6	Samtykkets form	13
1.2.7	Videregivelse af helbredsoplysninger i forbindelse med behandling	14
1.2.8	Videregivelse med samtykke	14
1.2.9	Videregivelse uden samtykke	15
1.2.10	Særligt om indhentning af elektroniske helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling af patienter	16
1.2.11	Journalføring	17
1.2.12	Aktindsigt	17
<b>2</b>	<b>Organisering og lovgrundlag for stofmisbrugsbehandlingen, herunder substitutionsbehandling af personer med opioidafhængighed</b>	<b>18</b>
2.1	Kommunernes ansvar for den samlede substitutionsbehandling	18
2.2	Retten til at ordinere afhængighedsskabende lægemidler som led i stofmisbrugsbehandling	19
2.3	Handleplaner	20
2.4	Samarbejde om og sammenhæng i stofmisbrugsbehandlingen	20
<b>3</b>	<b>Lægens ansvar i den samlede behandling af stofmisbrugeren</b>	<b>22</b>
3.1	Udredning og visitation	22
3.2	Lægelige behandlingsplaner	22
3.3	Kontakt mellem stofmisbrugeren og behandlingsstedet	23
3.4	Samarbejdet med den alment praktiserende læge	23
3.5	Delegation af det lægelige ansvar for stofmisbrugsbehandlingen	23
3.6	Lægens benyttelse af medhjælp ved medicingivning	24
<b>4</b>	<b>Diagnostik af afhængighed og stofmisbrug</b>	<b>26</b>
4.1	Afgrænsning, definitioner og begrebsafklaring	26
4.2	Udredning af misbrugstilstanden	27
4.2.1	Formål	27
4.2.2	Misbrugsanamnese	28
4.2.3	Diagnoser	29
<b>5</b>	<b>Somatisk komorbiditet hos stofmisbrugere</b>	<b>30</b>
5.1	Indledning	30
5.2	Sygdomme, som er særligt hyppige hos intravenøse stofmisbrugere	30
5.2.1	Følger efter injektionsmisbrug	30
5.2.2	Livsstilssygdomme	31

5.3	Almen lægelig behandling af stofmisbrug	32
<b>6</b>	<b>Virale infektioner hos stofmisbrugere</b>	<b>34</b>
6.1	Hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C og human immunodefekt virus (HIV)	34
6.2	Smitteopsporing	35
6.3	Vaccination og profylakse efter udsættelse for smitterisiko (Post Exposure Prophylaxis, "PEP")	35
6.4	Lovgivningsmæssige forhold. Anmeldelsespligt	35
6.4.1	Anmeldelse af AIDS, hepatitis A, hepatitis B og hepatitis C	35
6.4.2	Anmeldelse af HIV-antistofpositive personer	36
<b>7</b>	<b>Psykiatrisk komorbiditet hos stofmisbrugere</b>	<b>37</b>
7.1	Indledning	37
7.2	Rusmiddeludløste psykiatiske symptomer/lidelser	37
7.3	Akut psykiatrisk vurdering	38
7.4	Behandlingsstrategi	39
<b>8</b>	<b>Den medikamentelle substitutionsbehandling ved opioidafhængighed</b>	<b>41</b>
8.1	Indikationer	41
8.2	Buprenorfin	43
8.2.1	Iværksættelse af behandling	44
8.2.2	Præcipiterede abstinenssymptomer	45
8.2.3	Intervaldosering	45
8.2.4	Nedtrapning	45
8.2.5	Skift fra metadon til buprenorfin	46
8.2.6	Skift fra buprenorfin til metadon	46
8.2.7	Akut smertebehandling	46
8.2.8	Antagonistbehandling ved overdosering	46
8.3	Metadon	46
8.3.1	Iværksættelse af behandling	47
8.3.2	Hjerterytmeforstyrrelser	47
8.3.3	Nedtrapning	47
8.4	Smertebehandling	48
8.5	Behandling med injicerbar metadon	48
8.5.1	Indikation for behandlingen	48
8.5.2	Lægeundersøgelser	49
8.5.3	Dosering, administrationsform, organisatoriske og fysiske rammer, mv.	49
8.5.4	Monitorering af behandlingen ved spørgeskemaundersøgelser	50
8.6	Akut iværksættelse af abstinensbehandling ved opioidafhængighed hos personer, som lægen har et ringe eller intet kendskab til	50
8.7	Kontrol af behandlingen	51
8.7.1	Nye behandlingsforløb	51
8.7.2	Stabile behandlingsforløb	51
8.7.3	Kontrolforanstaltninger	51
8.7.4	Afbrydelse af substitutionsbehandlingen	52
8.8	Substitutionsbehandling og kørekort	52

9	Blandingsmisbrug hos personer i substitutionsbehandling for opioidafhængighed	54
9.1	Forekomst, komplikationer m.m.	54
9.2	Alkohol	54
9.2.1	Behandling af alkoholmisbrug	55
9.3	Benzodiazepiner	56
9.3.1	Behandling af benzodiazepin abstinenssymptomer	57
9.4	Kokain og cannabis	57
10	Anvendelse af urinanalyser for euforiserende stoffer og medikamenter i forbindelse med behandling af opioidmisbrug/afhængighed	59
11	Forebyggelse af uønsket graviditet	60
12	Behandling af gravide stofmisbrugere	61
12.1	Tidlig kontakt, henvisning til specialafdeling	61
12.2	Abortrådgivning	61
12.3	Tværasektoriel og tværfaglig svangreomsorg	62
12.4	Substitutionsbehandling af opioidafhængige under graviditet og fødsel	62
12.5	Behandling af gravide med alkohol- og benzodiazepin abstinenssymptomer	63
12.6	Lovgrundlaget, tavshedspligt, underretningspligt m.v.	63
12.6.1	Sundhedsloven	64
12.6.2	Den gravide stofmisbrugers retsstilling	64
12.6.3	Tavshedspligt og underretningspligt	64
12.7	Øvrige bestemmelser	65
12.7.1	Særlig støtte til vordende forældre	65
12.7.2	Ret for gravide stofmisbrugere til at få tilbudt kontrakt om behandling for stofmisbrug med mulighed for tilbageholdelse i behandling	65
13	Ophævelse	68
14	Ikrafttræden	68
15	Henvisninger	69
<hr/>		
<b>B I L A G</b>		<b>71</b>
1.	<b>Bilag til kapitel 4</b>	<b>72</b>
1.	Diagnoser	72
2.	<b>Bilag til kapitel 5</b>	<b>74</b>
2.1	Indledning	74
2.2	Sygdomme, som er særligt hyppige hos intravenøse stofmisbrugere	74
2.3	Injektionsrelaterede sygdomme	75
2.3.1	Lokale infektioner i og omkring injektionsstedet	75
2.3.2	Systemiske infektioner	75
2.3.3	Karlæsioner mm.	76
2.4	Livsstilssygdomme	77
2.4.1	Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)	77
2.4.2	Tuberkulose	77
2.4.3	Tandsygdomme	77



<b>3. Bilag til kapitel 6</b>	<b>78</b>
3.1 Hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C og human immundefekt virus (HIV)	78
3.2 Oversigt over udbredelse, smitterisiko og smitteveje, sygdomsforløb, diagnostik og behandling for hepatitis A, B og C og HIV hos stofmisbrugere	79
3.2.1 Hepatitis A, B og C	79
3.2.2 Hepatitis A	80
3.2.3 Hepatitis B	82
3.2.4 Hepatitis C	86
3.2.5 Human Immundefekt Virus (HIV)-infektion	89
3.3 Vaccination mod hepatitis A og B	91
3.4 Rådgivning af stofmisbrugere vedr. smitteoverførsel og forholdsregler ved hepatitis B og C samt HIV	93
3.5 Undersøgelserprogrammer for hepatitis A, B og C og HIV	95
3.5.1 Vejledende serologiske undersøgelsesprogrammer for hepatitis A, B og C samt HIV	96
3.6 Henvielse til specialafdeling	98
3.7 Smitteopsporing	98
3.8 Profylakse efter udsættelse for smitterisiko (Post Exposure Prophylaxis, "PEP")	99
3.8.1 Organisation af rådgivning og vaccination ved uheld, der medfører eksposition for hepatitis B, C og HIV	100
3.9 Oversigt over anvendt nomenklatur	100
<b>4. Bilag til kapitel 7</b>	<b>101</b>
4.1 Forekomsten af psykiske lidelser ved stofmisbrug	101
4.2 Rusmiddeludløste psykiatriske symptomer/lidelser	102
4.3 Beskrivelse af de væsentligste rusmiddeludløste psykiatriske tilstande i henhold til kriterier i WHO ICD-10	104
4.4 Oversigt over de væsentligste kliniske manifestationer i relation til stof- og medicinmisbrug samt principper for behandling	106
4.4.1 Opioider	106
4.4.2 Cannabis; Tetra-hydro-cannabinol (THC):	107
4.4.3 Benzodiazepiner	109
4.4.4 Centralstimulerende stoffer	110
4.4.5 Hallucinogener	112
4.4.6 Gamma-hydroxy-butyrat (GHB), "Fantasy"	113
4.4.7 Alkohol	114
4.5 Tjekliste for kort objektiv psykiatrisk undersøgelse	114
4.6 Behandlingsstrategi	116
<b>5. Bilag til kapitel 10</b>	<b>119</b>
5.1 Indledning	119
5.2 Indikation	119
5.3 Påvisning af stof- og medikamentindtagelse i urinprøver	120
5.3.1 Sikring af urinprøvens kvalitet	120
5.3.2 Analysemetoder	120
5.3.3 Påvisningstider	122

<b>6. Bilag til kapitel 12</b>	<b>124</b>
6.1 Indledning	124
6.2 Målgruppen	124
6.3 Rusmidlers indvirkning på graviditet, fødsel og barnets udvikling	125
6.4 Tidlig kontakt, henvisning til specialafdeling	127
6.5 Gravide stofmisbrugere med somatisk og psykiatrisk komorbiditet	128
6.5.1 Hepatitis og HIV	128
6.5.2 Psykisk syge, gravide stofmisbrugere	129
6.6 Substitutionsbehandling af opioidafhængige under graviditet og fødsel	130
6.7 Behandling af gravide med alkoholabstinenssymptomer	132
6.8 Behandling af gravide med benzodiazepinabstinenssymptomer	132
6.9 Amning	132
6.9.1 Amning under substitutionsbehandling	133
6.9.2 Amning og virale infektioner	133
6.10 Barselsperiode og udskrivelse fra sygehus	134

# 1 Indledning

I medfør af § 17 i lov nr. 451 af 22. maj 2006 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed (autorisationsloven) er en læge under udøvelsen af sin virksomhed forpligtet til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed.

Formålet med denne vejledning er nærmere at præcisere den omhu og samvittighedsfuldhed lægen skal udvise i håndteringen af de problemstillinger, der knytter sig til stofmisbrug.

Vejledningen er en præcisering af de allerede gældende regler for den lægelige behandling for stofmisbrug.

Vejledningen er udarbejdet med særlig henblik på brug i den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling i kommunerne, men vejledningen vil være gældende uanset hvor lægelig behandling af stofmisbrugere finder sted, det være sig i almen praksis, i sygehusregi eller i Kriminalforsorgen.

Til vejledningen er knyttet en række bilag til forskellige kapitler, der uddyber de faglige problemstillinger.

## 1.1 Anvendte begreber

Vejledningen anvender følgende begreber:

**Rusmidler:** Alle de stoffer, som ved gentagen anvendelse kan fremkalde psykisk afhængighed. 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.

**Rusmiddelbrug/forbrug:** Lejlighedsvis indtagelse af rusmidler, som ikke kan karakteriseres som misbrug eller afhængighed.

**Afhængighed:** Et syndrom bestående af en række adfærdsmæssige, kognitive og fysiologiske fænomener, der udvikler sig (hos nogle individer) ved gentagen brug af et eller flere afhængighedsskabende lægemidler eller rusmidler. Se nærmere i kapitel 4.

**Misbrug:** Skadevoldende forbrug af rusmiddel eller afhængighedsskabende lægemiddel, medførende sociale, fysiske og/eller psykiske skader. Se nærmere herom i kapitel 4.

**Substitutionsbehandling:** Erstatning af et uhensigtsmæssigt stof eller lægemiddel med et mere hensigtsmæssigt lægemiddel med henblik på behandling af afhængighed.

**Narkotika:** 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.

## 1.2 Patienters retsstilling

Bestemmelserne i sundhedsloven (Lovbekendtgørelse nr. 95 af 7. februar 2008) har til formål at sikre respekt for det enkelte menneske, dets integritet og selvbestemmelse. Loven indeholder bl.a. regler om patienters retsstilling, dvs. sundhedspersoners pligt til at give information og indhente en patients samtykke til behandling mv., om patienters 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.

Nedenfor foretages en kortfattet gennemgang af sundhedslovens regler om patienters retsstilling, idet der generelt skal henvises til den gældende lovgivning på området, det vil sige sundhedslovens afsnit III om patienters retsstilling.

### 1.2.1 Samtykke til behandling

Ingen behandling må indledes eller fortsættes uden patientens 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 patient) er patientens frivillige accept af at ville modtage en bestemt behandling.

Samtykket skal være baseret på fyldestgørende information. For at man kan tale om et gyldigt samtykke, skal patienten være i stand til at overskue konsekvenserne på baggrund af den givne information.

### 1.2.2 Information

For at et samtykke skal kunne tillægges betydning, skal patienten forud for sin stillingtagen have modtaget den nødvendige og tilstrækkelige information om behandlingsmuligheder, risici mv. I relationen mellem patient- og sundhedsperson gør der sig det særlige forhold gældende, at sundhedspersonen ofte har en viden, som patienten ikke har. Det gælder både viden om, hvad patienten fejler og behandlingsmuligheder mv.

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.

### 1.2.3 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.

### 1.2.4 Frivillighed

Et samtykke skal være frivilligt. Et samtykke, der er givet under pres, tvang eller svig er ikke gyldigt.

Sundhedspersonen bør naturligvis tilkendegive over for patienten, hvad der efter den pågældendes opfattelse vil være det fagligt bedste for patienten, men sundhedspersonen skal være varsom med at gå så langt i sine overtalelser, at der kan blive tale om utilbørlig påvirkning af patienten.

Patienten kan ikke selv bestemme behandlingen. Det er sundhedspersonen, der er ansvarlig for valg og udførelse af behandlingen. Sundhedspersonen bør dog i videst muligt omfang, selvom patienten ønsker en anden behandling end den, sundhedspersonen finder fagligt mest korrekt, behandle patienten efter omstændighederne bedst muligt.

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

### 1.2.5 Samtykkets indhold

Samtykket skal være givet til en konkret behandling. I kravet herom ligger, at et samtykke skal være konkretiseret i den forstand, at det er klart og utvetydigt, hvad samtykket omfatter. Det skal være klart, hvilken behandling, herunder behandlingsmetode, der må foretages, og hvad der er formålet med behandlingen.

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

### 1.2.6 Samtykkets form

Et samtykke til behandling kan foreligge udtrykkeligt, mundtligt eller skriftligt, eller efter omstændighederne stiltiende.

Et udtrykkeligt samtykke foreligger, når patienten bevidst og konkret giver udtryk for, at han/hun er indforstået med den påtænkte behandling. Dette samtykke kan være mundtligt eller skriftligt.

Et mundtligt samtykke er tilstrækkeligt for, at sundhedspersonen 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.

Et skriftligt samtykke vil sjældent være nødvendigt og patienten har ikke pligt til at underskrive et sådant.

Et stiltiende samtykke foreligger, hvor patientens signaler og opførsel må forstås således, 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 pa-

tient 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 udtrykkeligt mundtligt samtykke indhentes.

### 1.2.7 Videregivelse af helbredsoplysninger i forbindelse med behandling

Patienter har krav på, at sundhedspersonale m.fl. udviser tavshed om, hvad de under udøvelsen af deres erhverv erfarer eller får formodning om angående helbredsforhold, øvrige rent private forhold samt andre fortrolige oplysninger. Det er således en fundamental regel, at de oplysninger, en patient betror en sundhedsperson, bliver mellem patienten og den pågældende sundhedsperson og ikke videregives til uvedkommende. 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 patientrettighed, både som en ret til at kræve fortrolighed fra sundhedspersonens side og som en ret til at bestemme over helbredsoplysninger.

### 1.2.8 Videregivelse med samtykke

Normalt vil det være sådan, at patienten samtykker i, at sundhedspersonen videregiver oplysninger til andre sundhedspersoner om patientens helbredsforhold af hensyn til, at patienten får den bedst mulige behandling. Dette gælder også oplysninger om andre rent private forhold og andre fortrolige oplysninger, som kan være en forudsætning for at hjælpe patienten bedst muligt.

Det skal understreges, at sundhedspersonen altid med patientens samtykke kan 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 og fremtidige fysiske og psykiske tilstand, herunder om en persons kontakt med sundhedsvæsenet, fx at en person 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.

### 1.2.9 Videregivelse uden samtykke

Hvis patienten ikke ønsker oplysninger videregivet, må sundhedspersonalet vurdere, om det er muligt at gennemføre behandlingen uden de nødvendige oplysninger, og patienten skal informeres om konsekvenserne for den fortsatte behandling af den manglende videregivelse.

I nogle situationer kan der dog ske videregivelse af helbredsoplysninger fra sundhedspersoner til andre sundhedspersoner i forbindelse med behandling, uden at patientens konkrete samtykke foreligger.

Helbredsoplysninger m.v. kan således videregives til andre sundhedspersoner uden patientens samtykke, når

1. det er nødvendigt af hensyn til et aktuelt behandlingsforløb for patienten, og videregivelsen sker under hensyntagen til patientens interesser og behov,
2. videregivelsen omfatter et udskrivningsbrev fra en læge, der er ansat i sygehusvæsenet, til patientens alment praktiserende læge eller den praktiserende speciallæge, der har henvist patienten til sygehusbehandling,
3. videregivelsen omfatter et udskrivningsbrev fra en læge, der er ansat på privatejet sygehus, klinik m.v. til de i nr. 2) nævnte læger, når behandlingen er ydet efter aftale med et regionsråd eller en kommunalbestyrelse i henhold til sundhedsloven,
4. videregivelsen er nødvendig af hensyn til berettiget varetagelse af en åbenbar almeninteresse eller af væsentlige hensyn til patienten, herunder en patient, der ikke selv kan varetage sine interesser, sundhedspersonen eller andre, eller
5. videregivelsen sker til patientens alment praktiserende læge fra en læge, der virker som stedfortræder for denne.

Patienten kan frabede sig, at oplysninger efter nr. 1 – 3 videregives.

Patienterne skal informeres om deres ret til at nægte videregivelse. Denne information kan gives direkte af de pågældende sundhedspersoner eller i mere generel form, fx ved patientinformationsmateriale i form af skriftlig vejledning.

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<sup>1</sup> 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.

Særligt for så vidt angår udskrivningsbreve henvises til Sundhedsstyrelsens vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse m.v.<sup>(1)</sup>

Videregivelse til varetagelse af en åbenbar almen interesse, hvorved forstås brede samfundsmæssige interesser, vil sjældent kunne finde sted.

Videregivelse af 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.

### 1.2.10 Særligt om indhentning af elektroniske helbredsoplysninger m.v. i forbindelse med behandling af patienter

Sundhedsloven indeholder særlige regler, hvorefter nærmere specificerede faggrupper under forudsætning af, at generelle adgangsbetingelser er opfyldt, ved opslag i elektroniske systemer kan indhente oplysninger om en patients helbredsforhold, øvrige rent private forhold og andre fortrolige oplysninger.

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

### 1.2.11 Journalføring

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

Journalføringspligten omfatter også situationer, hvor patienten afviser at modtage et behandlingstilbud eller forlader behandlingsstedet<sup>(2)</sup>.

### 1.2.12 Aktindsigt

Sundhedsloven indeholder regler om patienters adgang til aktindsigt i patientjournaler m.v.

En anmodning om aktindsigt skal imødekommes inden for 10 dage efter den er modtaget af vedkommende myndighed.

## 2 Organisering og lovgrundlag for stofmisbrugsbehandlingen, herunder substitutionsbehandling af personer med opioidafhængighed

### 2.1 Kommunernes ansvar for den samlede substitutionsbehandling

De lovmæssige rammer for tilrettelæggelsen af behandlingen fremgår af sundhedsloven<sup>(3)</sup>, autorisationsloven<sup>(4)</sup>, serviceloven<sup>(5)</sup> samt retssikkerhedsloven<sup>(6)</sup>.

Det påhviler fra 1. januar 2007 kommunalbestyrelsen at tilbyde vederlagsfri lægelig behandling med afhængighedsskabende lægemidler til stofmisbrugere (substitutionsbehandling). Denne forpligtigelse fremgår af sundhedslovens § 142, stk. 1. Kommunalbestyrelsen har fortsat ansvaret for den sociale behandling for stofmisbrug, jf. servicelovens § 101.

Den lægelige behandling forudsættes at være en integreret del af den enkelte kommunes samlede behandlings- og omsorgstilbud til stofmisbrugere. Det er kommunens ansvar at tilrettelægge den samlede behandlingsindsats. De relevante behandlingstilbud kan tilvejebringes, ved at kommunalbestyrelsen selv etablerer behandlingspladser, ved at kommunalbestyrelsen træffer aftale med andre kommunalbestyrelser eller et regionsråd om at stille behandlingspladser til rådighed, eller ved at kommunalbestyrelsen indgår aftale med private døgnbehandlingstilbud.

Det er kommunalbestyrelsens ansvar at sikre den fornødne sammenhæng mellem den lægelige behandling og den hermed forbundne psykosociale indsats og indsatsen mod de sociale problemer, stofmisbrugeren i øvrigt måtte have.

Det er en lægelig opgave at tage stilling til behovet for medicinsk behandling af opioidafhængighed. En kommune kan derfor ikke uden en lægefaglig vurdering foretage visitation af den enkelte patient, der formodes at have behov for abstinens- eller substitutionsbehandling.

Kommunen kan delegerer kommunens samlede stofmisbrugsbehandling inkl. den lægefaglige behandling til anden kommune, region eller en privat institution, hvilket ikke kræver en lægelig vurdering.

Adgangen til efter aftale at overlade lægelige behandling til en anden kommune, til et regionsråd eller til et privat døgnbehandlingstilbud omfatter alle stofmisbrugere med bopæl i kommunen.

Såfremt kommunen ønsker at delegere et individuelt behandlingsforløb, skal det bero på en lægefaglig vurdering, jf. afsnit 3.6.

Også ved en sådan overdragelse har kommunen fortsat det overordnede ansvar for, at patienten får den behandling, som vedkommende har krav på. Myndighedsansvaret er således entydigt placeret hos kommunalbestyrelsen i den kommune, hvor stofmisbrugeren bor. Det er denne kommune der koordinerer stofmisbrugerens samlede behandling, såvel den lægelige som den sociale.

## 2.2 Retten til at ordinere afhængighedsskabende lægemidler som led i stofmisbrugsbehandling

Den lægelige behandling for stofmisbrug omfatter primært undersøgelse for og behandling af misbruget/afhængigheden. Herudover omfatter den lægelige behandling af stofmisbrugere undersøgelse for og sikring af behandling af de fysiske og psykiske problemstillinger knyttet til stofmisbruget.

Vurdering af behovet for substitutionsbehandling er en lægefaglig vurdering.

Ordination af afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling af personer for stofmisbrug kan i medfør af § 41 i autorisationsloven foretages af læger ansat i kommunale eller regionale lægestillinger samt i lægestillinger ved private institutioner og ved Kriminalforsorgen. Enkeltstående ordinationer som led i abstinensbehandling af kort varighed kan foretages af andre læger.

Hvis der under længerevarende sygehusophold ordineres afhængighedsskabende lægemidler som led i stofmisbrugsbehandling, bør sygehuset underrette den læge, der er ansvarlig for den lægelige behandling i det kommunale behandlingssystem for stofmisbrug, såfremt stofmisbrugeren ønsker misbrugsbehandling fortsat efter udskrivelse fra sygehus.

Læger i kommunen, der er ansvarlige for opioid substitutionsbehandling af personer for stofmisbrug, skal i medfør af autorisationslovens § 19 afgive månedlige indberetninger herom til Sundhedsstyrelsen. Indberetningerne skal også omfatte de personer, hvis behandling er delegeret til andre læger. Indberetningen afgives inden d. 20. i en måned og omfatter oplysning på de personer, som har fået ordineret opioider i den foregående måned som led i behandling af deres stofmisbrug. Den lægelige indberetningsforpligtelse varetages gennem den kommunale indberetning til Sundhedsstyrelsens "Register

over stofmisbrugere i behandling” (SIB). Hvis behandlingen delegeres til andre læger, er det den for delegationen ansvarlige læge, der har indberetningspligten.

Vedrørende delegation af ordinationsretten, se afsnit 3.5.

## 2.3 Handleplaner

Kommunalbestyrelsen har ansvaret for visitationen til den sundhedsfaglige og socialfaglige behandling for stofmisbrug, og for at der udarbejdes en behandlingsplan for det nærmere behandlingsforløb. Denne behandlingsplan skal kombineres med handleplanen efter servicelovens § 141.

Udarbejdelse af handleplanen for hver enkelt stofmisbruger skal sikre sammenhæng mellem både den sundhedsfaglige og den socialfaglige del af stofmisbrugsbehandlingen og de sociale problemstillinger i øvrigt.

Den lægelige behandlingsplan, som er nærmere beskrevet i afsnit 3.2, indgår som en del af den samlede handleplan og skal vurderes og justeres efter behov. Det gælder også i de tilfælde, hvor en del af behandlingen udføres uden for kommunens regi, fx på private behandlingsinstitutioner eller hos alment praktiserende læger eller speciallæger.

Handleplanen danner endvidere udgangspunkt for den løbende opfølgning efter servicelovens § 148 af den sociale indsats. Kommunalbestyrelsen skal løbende ajourføre handleplanen efter de aktuelle behov.

## 2.4 Samarbejde om og sammenhæng i stofmisbrugsbehandlingen

I forhold til den enkelte stofmisbruger danner handleplanen rammen for et samarbejde i stofmisbrugsbehandlingen.

Misbrugsbehandlingen skal tilrettelægges således, at stofmisbrugeren så vidt muligt ikke hindres i fx at påtage sig et arbejde, flytte til en anden kommune, holde ferie, m.v. Behandlingen skal også kunne fungere i situationer, hvor stofmisbrugeren fx indsættes i Kriminalforsorgens institutioner, ligesom misbrugsbehandling påbegyndt i Kriminalforsorgens institutioner skal kunne videreføres i kommunalt regi. Det skal 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 skal koordineres med egen læge.

Påbegyndes behandling for stofmisbrug i sygehusvæsenets regi, skal der med stofmisbrugerens samtykke ligeledes etableres forbindelse til det kommunale misbrugsbehandlingssystem med henblik på at sikre videreførelse af behandlingen efter udskrivelse fra sygehus, såfremt stofmisbrugeren måtte ønske det. Ved anden længere eller vedvarende behandling med afhængighedsskabende lægemidler, fx i forbindelse med psykiatrisk behandling, skal der ligeledes også med stofmisbrugerens samtykke etableres kontakt til det kommunale misbrugsbehandlingssystem<sup>(1)</sup>.

## 3 Lægens ansvar i den samlede behandling af stofmisbrugeren

Den lægelige behandling for stofmisbrug omfatter primært undersøgelse for og behandling af misbruget/afhængigheden. Herudover omfatter den lægelige behandling af stofmisbrugere undersøgelse for og sikring af behandling af de fysiske og psykiske problemstillinger knyttet til stofmisbruget.

Vurdering af behovet for substitutionsbehandling er en lægefaglig vurdering. Retten til at ordinere afhængighedsskabende lægemidler som led i stofmisbrugsbehandling fremgår af kapitel 2, afsnit 2.2. De faglige anvisninger vedrørende den medikamentelle substitutionsbehandling ved opioidafhængighed fremgår af kapitel 8.

### 3.1 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 på lægelig ordination efter en aktuel vurdering.

I lægens vurdering/udredning skal indgå undersøgelse af den enkelte stofmisbruger, optagelse af en grundig misbrugsanamnese og afdækning af evt. ledsagende somatiske og psykiatriske sygdomme. Når sundhedslovens betingelser er opfyldt, kan der indhentes/videregives oplysninger fra tidligere relevante hospitalsindlæggelser og lægekonsultationer, hvilke bør indgå i den samlede vurdering.

Endvidere kan søges oplysninger om patientens medicinforbrug i den Personlige Elektroniske Medicinprofil.

### 3.2 Lægelige behandlingsplaner

Den lægelige behandlingsplan er en del af den samlede handleplan, jf. afsnit 2.3. Af den lægelige behandlingsplan skal fremgå, 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. stofmisbrugerens sideløbende behandling ved speciallæge skal også beskrives. Den lægelige behandlingsplan indgår som en del af journalen.

### 3.3 Kontakt mellem stofmisbruger og behandlingsstedet

For at kunne varetage den nødvendige diagnosticering og behandling må lægen have en tilstrækkelig hyppig kontakt med stofmisbruger. Hvor hyppigt der er behov for kontakt vil altid bero på en konkret vurdering. I den indledende fase af behandlingen, hvor der eventuelt skal tages stilling til en dosisindstilling af substitutionsbehandlingen, skal en læge nøje vurdere effekten af behandlingen, og herefter skal der jævnlige foretages en lægelig vurdering af behandlingen, individuelt tilpasset stofmisbrugerens tilstand og behandlingsforløb.

Ved sygdom, inklusive misbrugsrelaterede lidelser, skal den læge, der er ansvarlig for misbrugsbehandlingen medvirke til, at stofmisbruger henvises til relevant diagnostik og behandling i det almindelige sundhedsvæsen. Herfra bør man i videst muligt omfang koordinere evt. behandling med afhængighedsskabende lægemidler med den læge, der på kommunens vegne forestår stofmisbrugs-behandlingen af patienten.

### 3.4 Samarbejdet med den alment praktiserende læge

Kontakten mellem behandlingsinstitutionen og stofmisbrugerens alment praktiserende læge har til formål at koordinere stofmisbrugerens samlede medicinske behandling således, at der hos de involverede behandlere er klarhed over den samlede behandling. Stofmisbrugerens alment praktiserende læge bør informeres, når stofmisbruger indskrives i og udskrives af misbrugsbehandling.

### 3.5 Delegation af det lægelige ansvar for stofmisbrugsbehandling

I medfør af autorisationslovens § 41, stk. 2, kan en kommunalt eller regionalt ansat læge med ansvar for den lægelige stofmisbrugsbehandling delegerede ordinationsretten/behandlingen til en anden læge, herunder en alment praktiserende læge, praktiserende speciallæge, eller til lægelige behandling på privat døgnbehandlingstilbud. Det skal i denne sammenhæng præciseres, at stofmisbruger ikke har 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 stofmisbrugereren er behandlingsmæssigt stabiliseret og kan honorere de krav, som en behandling hos en alment praktiserende læge/speciallæge stiller.

Den kommunalt ansatte læge eller den læge, hvortil den lægelige stofmisbrugsbehandlingen er delegeret, har ansvaret for, at der ved delegation foreligger retningslinjer/instrukser for behandlingen og skal holde sig orienteret om forløbet og resultatet af et delegeret behandlingsforløb, herunder eventuelt interkurrente sygdomme og medicinstatus.

Den læge, hvortil den lægelige stofmisbrugsbehandling er delegeret, 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 stofmisbrugerens tilstand er behov for det, og/eller den behandlende læge eller stofmisbrugereren ønsker det.

Den kommunalt ansatte læge eller den læge, hvortil kommunen har delegeret den lægelige stofmisbrugsbehandling, har dog intet ansvar for stofmisbrugere, der varetægtsfængsles eller afsoner i Kriminalforsorgens institutioner 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 stofmisbrugerens helbredsmæssige forhold, med pågældendes samtykke med henblik på at sikre fortsat hensigtsmæssig behandling efter løsladelse.

### 3.6 Lægens benyttelse af medhjælp ved medicingivning

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

I medfør af autorisationsloven skal en læge udvise omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelsen af sin gerning. Dette gælder både ved ordination af lægemidler og ved udvælgelse og brug af medhjælp. Lægen skal sikre, at medhjælpen er tilstrækkeligt instrueret og i fornødent omfang informeret om lægemidlets virkninger og bivirkninger. Instruktionen skal afpasses medhjælperens kompetencer.

Institutionens ledelse har ansvaret for, at der foreligger instruks for en fagligt forsvarlig tilrettelæggelse af medicinbehandling 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 herpå, således at lægen kan sikre, at personale 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, og plejepersonalet bør ved modtagelse af lægens ordination indføre denne i journalen.

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

En læge kan ordinere medicin til en konkret patient efter behov (p.n.). I disse situationer delegerer lægen til medhjælpen at vurdere patientens behandlingsbehov og iværksætte behandling med medicin inden for fastsatte rammer (dosis, doseringshyppighed, -interval og maksimal dosis). Dette skal journalføres.

Se nærmere i vejledning om ordination og håndtering af lægemidler<sup>(7)</sup> og vejledning om sygeplejefaglige optegnelser<sup>(8)</sup>.

## 4 Diagnostik af afhængighed og stofmisbrug

### 4.1 Afgrænsning, definitioner og begrebsafklaring

*Psykisk afhængighed* defineres som en stærk trang (stofhunger, ”craving”) til at indtage et 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 gentagne 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.

## 4.2 Udredning af misbrugstilstanden

### 4.2.1 Formål

Ved indskrivning i behandling for misbrugsproblemer bør lægen foretage en helhedsorienteret udredning af de problemstillinger, som knytter sig til et stofmisbrug med henblik på at kunne vurdere og tilrettelægge en adækvat og individuel tilpasset behandlingsindsats.

Lægen skal være bevidst om, at stofmisbrugere 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 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 præ- og posttestrådgivning.

Uanset hvilken type 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.

#### 4.2.2 Misbrugsanamnese

Nedenstående oversigt anviser de vigtigste områder, som bør overvejes ved optagelse af en misbrugsanamnese:

##### Misbrugsanamnesen

###### 1. Årsag til henvendelse

###### 2. Tidligere og nuværende (= de sidste 4 uger) rusmiddelindtag (inkl. alkohol)

For hvert rusmiddel oplysning om:

Alder for førstegangsb brug

Indtagelseshyppighed (antal dage de sidste 30 dage)

Indtagelsesmåde

Tilfælde af forgiftningstilstand /overdosis

Perioder uden indtagelse af det pågældende stof

Abstinenssymptomer

Udgifter til stof/alkohol (fx antal kr. de sidste 30 dage)

###### 3. Tidligere behandling for stofmisbrug

Hvilken form for behandling og resultaterne heraf

Behandlingssted (andre læger, sygehusvæsen, kommunalt misbrugsbehandlings-system)

#### 4. Injektionsadfærd, risikoadfærd

Tidligere/inden for de seneste 4 uger

Risikoadfærd (deler kanyler eller andet værktøj/paraphernalia)

Seksuel risikoadfærd

#### 5. Somatisk helbredsanamnese (der henvises i øvrigt til kapitel 5 og 6)

Komplikationer til stofmisbrug (abscesser, tromboser, dårlig ernæringstilstand m.m.)

Hepatitis/HIV status

Sidste cervikale smear

Antikonception, status

Sidste menstruation

Skader, operationer, hovedtraumer

#### 6. Psykiatrisk helbredsanamnese (der henvises i øvrigt til kapitel 7)

Aktuelt/tidligere behandlet i psykiatrisk regi

Tidligere overdosis (uheld/suicidalt øjemed)

Tidligere episoder med depression eller psykoser

Aktuel/tidligere behandling med psykofarmaka

#### 7. Social anamnese

Samlivssituation, netværk

Børn

Bolig

Indtægtskilde (arbejde/overførselsindkomst/pension)

Kriminalitet

En hjælp til sikring af en struktureret kortlægning af problemområder og standardiseret interviewmetode kan være anvendelse af fx Addiction Severity Index (ASI), som også kan være befordrende for den tværfaglige stofmisbrugsbehandling.

**Urinanalyser:** Kan anvendes som supplement til misbrugsanamnesen. Vedrørende anvendelse af urinanalyser henvises i øvrigt til kapitel 10.

### 4.2.3 Diagnoser

Enhver lægelig udredning bør indeholde en diagnose af misbrugstilstanden. For nærmere uddybning herom henvises til bilag 1 og 4.

## 5 Somatisk komorbiditet hos stofmisbrugere

### 5.1 Indledning

En læge, der har en stofmisbruger som patient, bør have kendskab til de væsentligste somatiske sygdomstilstande som kan ses i forbindelse med stofmisbrug, dels for at kunne give en relevant vejledning om forebyggelsestiltag, og dels for at sikre en relevant 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 hos patienten.

Generelt søger stofmisbrugerne ikke lægebehandling, medmindre det er helt uundgåeligt, dvs. oftest kun i forbindelse med svær akut sygdom eller traumer. Ofte går de ganske længe med deres sygdomme ubehandlede, og hyppigt ses utilstrækkeligt behandlede kroniske sygdomme.

Stofmisbrugeren har ofte vanskeligheder ved at fastholde aftaler i sundhedssystemet. Derfor bør en vurdering af risiko for kompliansproblemer indgå, når udredning og behandling tilrettelægges.

### 5.2 Sygdomme, som er særligt hyppige hos intravenøse stofmisbrugere

#### 5.2.1 Følger efter injektionsmisbrug

Der kan dels være tale om følger efter forurening/skader, dels følger efter smitteoverførsel i forbindelse med injektionsmisbrug.

Følger efter smitteoverførsel af virale infektioner ved injektionsmisbrug er beskrevet i kapitel 6.

Injektionsmisbrug medfører stor risiko for vævsskade i og omkring de anvendte vener og en hyppig komplikation er trombophlebitis i de dybe vener. Følger efter dyb trombophlebitis i form af posttrombotisk syndrom ses ofte hos injektionsmisbrugere.

Mange sygdomme, som stofmisbrugeren pådrager sig, opstår som følge af usteril og teknisk mangelfuld intravenøs administration af misbrugsstofferne.

Hyppigt ses lokale infektioner i og omkring injektionsstedet (flegmone, absces, erysipelas). Ikke sjældent opstår systemiske bakterielle infektioner med bakteriami/sepsis, endokarditis og/eller andre organabscesser (hyppigt i lunger og knogler, men også i centralnervesystem og nyrer).

Man skal hos injektionsmisbrugere endvidere være opmærksom på den sjældne, men hurtigt og eventuelt fatalt forløbende hudinfektion, den såkaldte ”nekrotiserende fasciitis”, som ofte er forårsaget af *Streptococcus pyogenes*, og som kan medføre svære vævslæsioner med nekrose af bindevæv og muskler til følge. Tidlig intravenøs antibiotikabehandling under hospitalsindlæggelse er nødvendig, og ofte vil kirurgisk intervention være påkrævet. De tidlige symptomer er voldsom rødme, samt varme og ømhed omkring injektionsstedet, og ubehandlet kan infektionen udvikle sig til et fatalt forløbende toksisk shock-syndrom.

### 5.2.2 Livsstilssygdomme

Andre hos stofmisbrugere hyppigt forekommende sygdomme er forbundet med den særlige livsstil, som ofte ses i forbindelse med et aktivt stofmisbrug. Ofte har stofmisbrugere en meget dårlig tandstatus med udbredt forekomst af tandsygdomme, og derfor bør samarbejde med tandlæge prioriteres i den sundhedsfaglige indsats for stofmisbrugere. Kronisk obstruktiv lungesygdom i fremskredent stadium med hyppige eksacerbationer og pneumonier ses hyppigt, også hos relativt unge stofmisbrugere. Hoste, vægttab, feber og evt. nattesved bør vække mistanke om tuberkulose. Patienter, som ikke responderer på vanlig antibiotikabehandling for lungebetændelse, bør konfereres med lungemedicinsk/infektionsmedicinsk afdeling. Der bør på vide indikationer foretages røntgenundersøgelse af thorax.

Kvindelige stofmisbrugere praktiserer ofte usikker sex, og en del finansierer misbruget ved prostitution. En del gynækologiske infektioner forekommer ofte asymptomatisk, men også symptomgivende og ubehandlede underlivsinfektioner er hyppigt forekommende. Human Papilloma Virus (HPV) infektion på portio er hyppigt forekommende. Selvom kun de færreste HPV infektioner medfører celleforandringer eller cancer, skyldes langt størstedelen af alle dysplasier HPV infektion. Imidlertid er det kun ganske få kvindelige stofmisbrugere, der får udført den anbefalede cervixcytologiske undersøgelse hvert 3. år.

Lægen i den kommunale stofmisbrugsbehandling bør sikre, at stofmisbrugere i substitutionsbehandling tilbydes oplysning om sikker sex, nem adgang til kondomer og prævention. Desuden bør lægen foranledige gynækologisk undersøgelse og rådgivning, fx i forbindelse med rådgivning om prævention og evt. ved samarbejde med egen læge/speciallæger eller lokale præventions- og rådgivningsklinikker. Der henvises i øvrigt til kapitel 11.



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

På lige fod med ikke-misbrugende patienter skal stofmisbrugere sikres en sufficient smertebehandling. Vedr. smertebehandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling henvises til afsnit 8.2.7 og 8.4. Vedr. de generelle forhold om smertebehandling i øvrigt henvises til Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler<sup>(9)</sup>.

Vedrørende diagnose og behandling af seksuelt overførbare sygdomme henvises til Sundhedsstyrelsens vejledning om seksuelt overførbare sygdomme<sup>(10)</sup> samt i øvrigt kapitel 6.

### 5.3 Almen lægelig behandling af stofmisbrug

Enhver læge der har en stofmisbruger som patient, bør opfordre stofmisbrugeren til at få foretaget en lægeundersøgelse inkl. serologisk udredning for hepatitis og HIV samt undersøgelse for seksuelt overførbare sygdomme.

Lægen i det kommunale behandlingssystem for stofmisbrugere bør sikre, at

- stofmisbrugere ved indskrivning i behandling får tilbud om lægeundersøgelse omfattende fuld objektiv undersøgelse inkl. serologisk udredning for hepatitis og HIV samt undersøgelse for seksuelt overførbare sygdomme,
- stofmisbrugere indskrevet i det kommunale behandlingssystem tilbydes rutinemæssig lægeundersøgelse, eksempelvis 1 gang årligt og i øvrigt ved behov,
- der sker opfølgning på resultater af lægeundersøgelsen, evt. ved samarbejde med egen læge/relevante speciallæger/sygehuse.

Ved indlæggelse på sygehus:

- Når en stofmisbruger, som ikke er i behandling for sit stofmisbrug, indlægges, bør sygehuset sikre, at patienten er informeret om behandlingstilbud i det kommunale behandlingssystem for stofmisbrug.
- Når sygehuset har en patient indlagt, som er i behandling i det kommunale behandlingssystem for stofmisbrug, bør sygehuset tage kontakt til det

kommunale behandlingssystem som minimum i forbindelse med indlæggelsen og i forbindelse med udskrivelsen.<sup>(1)</sup>

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

## 6 Virale infektioner hos stofmisbrugere

### 6.1 Hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C og human immundefekt virus (HIV)

Hos stofmisbrugere er der en udbredt forekomst af hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C og human immundefekt virus (HIV). Dette er dels en direkte følge af injektionsmisbruget, men skyldes også stofmisbrugeres livsstil.

En læge, som diagnosticerer eller behandler en stofmisbruger, bør sikre, at den pågældende informeres om risiko for disse alvorlige og smitsomme sygdomme. Lægen skal give tilbud om undersøgelse for sygdommene samt rådgivning om smitteveje og forebyggelse, herunder instruktion i hvordan man kan undgå at smitte andre.

Ved indskrivning i behandling skal lægen tilbyde en stofmisbruger 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 stofmisbrugere i behandling. Lægen skal endvidere tilbyde vaccination mod hepatitis A og hepatitis B til de personer, der ikke allerede er smittet. Med de stærkt forbedrede behandlingsmuligheder er det væsentligt at identificere en smittet person med henblik på vurdering af mulighederne for behandling.

På de kommunale behandlingssteder for stofmisbrugere bør der som led i den lægelige behandling være procedurer for tilbud om undersøgelse og om eventuel behandling af virale infektioner samt for rådgivning om risiko for og forebyggelse heraf.

Målgruppen er alle indskrevne intravenøse stofmisbrugere. Det gælder også personer, der kun en enkelt gang har injiceret sig og dermed måske ikke opfatter sig som egentlig intravenøse stofmisbrugere. Tilbuddet er ikke relevant for rene hashmisbrugere, men kunne være det for personer, der har haft blodkontakt med andre, fx gennem deling af snifferør.

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 kokekar, skyllevand, skeer, vattotter/filtre og snifferør.

Stofmisbrugeren skal oplyses om, at der kan ske smitte med hepatitis B og HIV både via blod og ved seksuel overførsel. Endvidere skal der oplyses om, at hepatitis C smitter via blod, og at hepatitis A yderst sjældent er blodoverført, men overføres ved fødemidler eller ved fæco-oral smitte.

For en nærmere uddybning af de nævnte forhold henvises til bilag 3 samt

- Sundhedsstyrelsens vejledning om hepatitis<sup>(11)</sup>
- Sundhedsstyrelsens vejledning om human immundefekt virus HIV og forebyggelse af blodbåren smitte<sup>(12)</sup>
- Sundhedsstyrelsens nationale handlingsplan til forebyggelse af hepatitis C blandt stofmisbrugere<sup>(13)</sup>.

## 6.2 Smitteopsporing

Vejledning om smitteopsporing er beskrevet i Sundhedsstyrelsens vejledning om seksuelt overførbare sygdomme<sup>(14)</sup>.

For en nærmere uddybning specielt i relation til stofmisbrugere henvises til Bilag 3.

## 6.3 Vaccination og profylakse efter udsættelse for smitterisiko (Post Exposure Prophylaxis, "PEP")

I medfør af Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse om gratis hepatitisvaccination af særligt udsatte persongrupper<sup>(15)</sup> kan der tilbydes gratis vaccination til stofmisbrugere.

For en nærmere uddybning vedr. vaccination og anden Post Exposure Prophylaxis specielt i relation til stofmisbrugere henvises til bilag 3 samt

- Sundhedsstyrelsens vejledning om hepatitis<sup>(11)</sup>
- Sundhedsstyrelsens vejledning om human immundefekt virus HIV og forebyggelse af blodbåren smitte<sup>(12)</sup>.

## 6.4 Lovgivningsmæssige forhold. Anmeldelsespligt

I medfør af Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse om lægers anmeldelse af smittsomme sygdomme m.v.<sup>(16)</sup> skal den læge, der får en patient i behandling for visse sygdomme, foretage anmeldelse heraf.

### 6.4.1 Anmeldelse af AIDS, hepatitis A, hepatitis B og hepatitis C

Den læge, der diagnosticerer følgende sygdomme, skal skriftligt anmelde det-

te til embedslægeinstitutionen på patientens opholdssted og til Statens Serum Institut, epidemiologisk afdeling. Der anvendes Sundhedsstyrelsens formular nr. 1515.

- AIDS
- Hepatitis A, akut
- Hepatitis B, akut og kronisk
- Hepatitis C, akut og kronisk.

#### 6.4.2 Anmeldelse af HIV-antistofpositive personer

Den læge, der foretager undersøgelse af en person for HIV-antistof (anti-HIV), skal, såfremt prøven er positiv og konfirmeret, anmelde dette til Statens Serum Institut, epidemiologisk afdeling. Der anvendes Sundhedsstyrelsens formular nr. 4001-3, som fremsendes fra laboratoriet ved positivt svar.

# 7 Psykiatrisk komorbiditet hos stofmisbrugere

## 7.1 Indledning

Ved psykiatrisk komorbiditet ved rusmiddelmisbrug/afhængighed forstås 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: Rusmiddeluløst psykisk lidelse

Generelt er det vanskeligt at skelne mellem primær eller sekundær psykiatrisk komorbiditet ved rusmiddelmisbrug/afhængighed. Oftest er der tale om komplekse tilstande og problemer med en multifaktoriel årsagssammenhæng.

Stofmisbrugere har en høj psykisk sygelighed, og psykisk syge patienter misbruger i betydeligt omfang forskellige rusmidler.

Det er derfor vigtigt, at alle læger 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, overvejer den eventuelle samtidige forekomst af såvel stofmisbrug og/eller psykisk sygdom,
- læger, der behandler stofmisbrugere i kommunalt regi, sikrer, at der foretages en vurdering af den eventuelle forekomst af psykisk sygdom hos alle stofmisbrugere i behandling, og at resultaterne heraf medinddrages i den samlede stofmisbrugsbehandling,
- læger i psykiatrisk regi er opmærksomme på den eventuelle forekomst af samtidigt stofmisbrug.

## 7.2 Rusmiddeluløste psykiatriske symptomer/lidelser

Sammenhængen mellem afhængighed/misbrug af rusmidler og forekomst af psykiatriske symptomer eller lidelser er kompliceret. For at kunne diagnosti-

cere og yde relevant behandling er det vigtigt at have generelt kendskab til, at

- rusmiddelmisbrug/afhængighed kan forårsage og forværre psykiatriske symptomer,
- rusmiddelmisbrug/afhængighed kan maskere psykiatriske symptomer og psykiatriske lidelser,
- abstinensstilstande kan forårsage psykiatriske symptomer.

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 have indtaget, er ikke altid det, vedkommende har fået. Anvendelse af urinanalyser kan være en diagnostisk hjælp til at afgøre, hvilke reaktioner der vil kunne optræde, og hvad man dermed vil kunne forvente under en observationsperiode.

Der findes kun antagonistmod opioider og benzodiazepiner. Disse bør anvendes på bred indikation ved fx mistanke om opioidforgiftning under samtidig alkoholrus.

### 7.3 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 tilstand ikke forværres, ved at man undlader akut behandling.

Den første opgave er at vurdere det øjeblikkelige behandlingsbehov, og den akutte vurdering skal afklare, hvorvidt 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 giver mulighed for at kunne gentage spørgsmålene med mellemrum under observationen/be-

handlingen med henblik på at kunne vurdere patientens tilstand. Der bør anvendes åbne og fordomsfrie 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 urinanalyser for medikamenter og stoffer samt aktuel medicinsk behandling. Oplysninger fra pårørende kan være væsentlige, ikke mindst hvis patienten er akut intoksikeret og derfor er en dårlig informant.

## 7.4 Behandlingsstrategi

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

Psykiske problemer og vanskeligheder i bred forstand er hyppigt forekommende blandt stofmisbrugere, 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 stofmisbruget. De lettere psykiske lidelser og problemer hos stofmisbrugere kan varetages i de primære led, dvs. i primær sundhedstjeneste og af personale i de kommunale misbrugsbehandlingssystemer.

Hvorvidt stofmisbrugeren skal henvises til psykiatrisk regi, beror på en individuel 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.

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 heri. Da tidlig behandling menes at være af stor betydning for sygdomsforløbet, skal debuterende skizofrenisuspekterede symptomer hos en patient umiddelbart føre til henvisning til en psykiatrisk afdeling/distriktpsykiatrisk center. 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 stofmisbrugere kan foregå i kommunalt regi i samarbejde med en speciallæge i psykiatri (shared care).

I de senere år er hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD fundet hyppigt associeret med stofmisbrug hos voksne. Der er imidlertid betydelige vanskeligheder med at stille diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse/ADHD hos voksne, bl.a. fordi de diagnostiske kriterier er udfærdiget med henblik på at stille diagnosen hos børn, og der ikke findes specifikke diagnosekriterier for voksne i henhold til WHO ICD-10 sygdomsklassifikationen. Hyperkinetisk forstyrrelse hos voksne kan desuden være vanskelig at diagnosticere, idet voksne i højere grad end børn kompenserer for de problemer, de har. Der ses hyppigt psykiatrisk komorbiditet (personlighedsforstyrrelser, depression, angst, misbrug), hvorfor differential-diagnostikken kan være vanskelig.

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 midler.

Sideløbende med behandlingen skal et evt. samtidigt forekommende misbrug af narkotiske stoffer, alkohol eller afhængighedsskabende medicin behandles. Hos aktive misbrugere er behandling med CNS-stimulerende midler som hovedregel 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.

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

I det enkelte behandlingsforløb for stofmisbrug ved samtidig forekomst af psykisk sygdom skal den læge, der er ansvarlig for den kommunale stofmisbrugsbehandling medvirke til at sikre det bedst mulige behandlingsforløb i forbindelse mellem det kommunale stofmisbrugsbehandlingssystem, primær sektor og det psykiatriske system.

I bilag 4 findes en nærmere beskrivelse af de kliniske problemstillinger ved udredning og behandling af stofmisbrugere med psykiske lidelser.

## 8 Den medikamentelle substitutionsbehandling ved opioidafhængighed

Den medikamentelle substitutionsbehandling ved opioidafhængighed skal ledsages af en samlet behandlingsindsats, der retter sig mod stofmisbrugerens fysiske og psykiske helbredsproblemer samt de sociale problemstillinger, stofmisbrugereren frembyder. For de fleste stofafhængige vil en substitutionsbehandling i kortere eller længere perioder være en forudsætning for at kunne indgå i en social behandlingsindsats.

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

Udbyttet af behandlingen afhænger både af korrekt dosering og af omfanget og kvaliteten af den ledsagende psykosociale behandling. Ved korrekt dosering, 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, inklusive reaktionstid og hukommelse.

Om retten til at ordinere afhængighedsskabende lægemidler som led i behandling for stofmisbrug henvises til kapitel 2, afsnit 2.2.

### 8.1 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 den sociale 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
- Stofmisbrugereren 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

- Andre relevante behandlingsalternativer skal være overvejet. Substitutionsbehandling er en krævende behandlingsform, hvor den stofafhængige og behandlingsinstitutionen binder sig til et forpligtende samarbejde over en ukendt, men oftest meget lang tidsperiode.
- Gravide stofmisbrugere, der ønsker at gennemføre graviditeten, bør tilbydes substitutionsbehandling, hvis afgiftning ikke er realistisk.

Buprenorfin eller buprenorfin/naloxon og metadon er de præparater, der anvendes i substitutionsbehandlingen. I det følgende dækker betegnelsen buprenorfin både buprenorfin alene og kombinationspræparatet buprenorfin/naloxon.

Buprenorfin bør være førstevalgspræparat pga. den lave toksicitet og den formentlig ringere risiko for udvikling af afhængighed. Kombinationspræparatet buprenorfin/naloxon er registreret i 2006, og det bør på grund af den bedre sikkerhedsprofil tilstræbes i videst muligt omfang at anvende buprenorfin/naloxon i stedet for buprenorfin.

Principperne for iværksættelse af behandling med henholdsvis buprenorfin og metadon er afgørende forskellige og fremgår af nedenstående tabel:

	Buprenorfin	Metadon
Klinisk tilstand ved iværksættelse af behandling	Begyndende abstinenssymptomer (for at undgå præcipiterede abstinenssymptomer)	Ikke påvirket (for at undgå metadonforgiftning)
Startdosis	Startdosis (testdosis) 4 mg, herefter dosisøgning i 1. døgn	Lav, 20-30 mg i 1. døgn
Dosisindstilling	Hurtig dosisøgning Steady state opnås efter 2-3 døgn	Langsom dosisøgning Steady state opnås efter 2-6 uger

## 8.2 Buprenorfin

Buprenorfin er en partiel agonist på  $\mu$ -opioid-receptoren med høj affinitet til denne.

Buprenorfin findes i to lægemiddelformer:

- Buprenorfin alene
- Buprenorfin i kombination med naloxon (buprenorfin/naloxon).

Naloxon er en antagonist på  $\mu$ -opioid-receptoren.

Formålet med naloxon-bestanddelen er at begrænse intravenøst misbrug og mindske spredning til det illegale marked.

Når buprenorfin/naloxon indtages sublingualt, optages buprenorfin i løbet af kort tid, mens der kun er ringe optagelse af naloxone sublingualt. Til gengæld, hvis buprenorfin/naloxon indtages intravenøst, vil naloxon-bestanddelen medføre udvikling af abstinenssymptomer eller manglende stofvirkning.

Naloxon påvirker ikke opioideffekten af buprenorfin, hvorfor behandlingsregimet er det samme for buprenorfin og buprenorfin/naloxon.

Administrationsformen er for både buprenorfin og buprenorfin/naloxon sublingual og dosering sædvanligvis 1 gang dagligt. Graden af superviseret indtagelse og udleveringsregi afhænger af patientens funktionsniveau.

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

Buprenorfin fortrænger andre opioidagonister fra receptorerne, og indtagelse af buprenorfin udløser derfor abstinenssymptomer hos stofmisbrugere i behandling med metadon og morfin samt hos heroinmisbrugere. Hos stofmisbrugere i buprenorfinbehandling vil buprenorfin også blokere for virkningen af andre agonister, og det beskytter derfor i vid udstrækning mod forgiftning med disse stoffer.

Buprenorfin er mindre respirationsdeprimerende og sederende end fulde 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 bør være førstevalgspræparat til opioidafhængige, som ikke har været i behandling før. Ved behandling af et langvarigt misbrug af opiatier med lang halveringstid (fx metadon) kan umiddelbar iværksættelse af behandling med buprenorphin være vanskeliggjort af høje doser metadon. Her kan det være hensigtsmæssigt initialt at substituere med metadon med henblik på et senere skift til buprenorphin. Metadondosis bør være reduceret til højst 40 mg før skift til buprenorphin.

### 8.2.1 Iværksættelse af behandling

Forudsætningen for iværksættelse af buprenorphinbehandling er, at patienten er begyndende abstinent efter sidste indtag af opioider, dvs. i en tilstand hvor  $\mu$ -receptorerne er frie for opioider.

Efter ophør med 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 opioidabstinens samt, hvordan medicineringen skal foregå den følgende dag. Det kan evt. være hensigtsmæssigt med en kortvarig symptombehandling med et benzodiazepin for, at patienten kan tolerere abstinenssymptomerne i dette døgn.

Når behandling iværksættes rettidigt, vil patienten kunne forvente, at abstinenssymptomerne forsvinder i løbet af 1-1 1/2 døgn.

**Dag 1:** Normal begyndelsesdosis (testdosis) er 4 mg, som øges med 2 mg ca. hver 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 begynde 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 medgive patienten 2-4 mg til selvadministration det første døgn med henblik på at behandle eventuelle abstinenssymptomer.

På grund af buprenorphins sikkerhedsprofil kan man alternativt overveje at medgive patienten første dosis (2-4 mg, evt. gentaget) til påbegyndelse i hjemmet ved begyndende abstinenser med henblik på umiddelbar opfølgning ved læge.

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. De fleste er velbehandlede på doser mellem 8 og 24 mg, men enkelte kan have behov for større doser.

**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 dysphori, angst og søvnproblemer. Symptomatisk behandling kan være nødvendig.

### 8.2.2 Præcipiterede abstinenssymptomer

Hvis første dosis buprenorphin indtages før der er tydelige abstinenssymptomer, kommer buprenorphin til at fungere som antagonist.

Behandlingen af de præcipiterede abstinenssymptomer er øgning af den allerede givne buprenorphindosis for at opnå fuld mætning med buprenorphin på receptorerne.

### 8.2.3 Intervaldosering

Ved tilfredsstillende stabilisering kan man øge dosisintervallerne til hver anden dag med den dobbelte døgndosis. Dosisinterval kan øges til 3 gange ugentlig, f. eks 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. Dosis for en enkelt dag bør almindeligvis ikke overskride 24 mg daglig, men enkelte kan have behov for større doser.

### 8.2.4 Nedtrapning

Nedtrapning skal tidligst påbegyndes efter passende stabilisering og bør ikke foregå hurtigere end nedtrapning med 1/2-1 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. På grund af buprenorphins lange halveringstid, er abstinenssymptomer under nedtrapning, også ved pludselig seponering, beskedne. Symptomatisk behandling kan være nødvendig.

### 8.2.5 Skift fra metadon til buprenorphin

Det bør ikke skiftes til buprenorphin ved højere doser end 40 mg metadon.

Ved behov for skift til buprenorphin ved metadondoser over 40 mg, bør der altid afventes forekomst af begyndende abstinenssymptomer. Buprenorphin-behandling iværksættes ved først at afvente effekten af buprenorphin 4 mg testdosis før yderligere dosisøgning.

### 8.2.6 Skift fra buprenorphin til metadon

Ved seponering af buprenorphin er nedtrapning unødvendig uanset dosis. Ved ophør med buprenorphin kan metadonbehandling initieres ca. 24 timer efter med 10-30 mg metadon og herefter med langsom øgning under monitoring af patientens tilstand.

### 8.2.7 Akut smertebehandling

Når supplerende opioid er nødvendig ved akutte smerter hos patienten i substitutionsbehandling med buprenorphin, vil en øgning af buprenorphindosering kun have begrænset effekt. I stedet skal først undersøges muligheder for regional anæstesi. Hvis det ikke er muligt, kan buprenorphin seponeres, og behandling med morfin i høje doser kan blive nødvendigt. Man skal være opmærksom på, at sædvanlige doser morfin ikke er tilstrækkeligt, så længe der fortsat er buprenorphin tilstede på receptorerne. Rådføring med anæstesi-læge/smertelæge anbefales. Når de akutte smerter er overstået, kan patienten skiftes tilbage til buprenorphin efter vanligt regi for iværksættelse af behandling.

### 8.2.8 Antagonistbehandling ved overdosering

Indgift af naloxon udløser abstinenssymptomer. Udløsende dosis er ca. 10 gange større hos stofmisbrugere i behandling med buprenorphin end hos stofmisbrugere i behandling med metadon eller morfin. Den væsentligste behandling ved overdosering er at sikre frie luftveje og assistere ventilationen.

## 8.3 Metadon

Metadon er en komplet opioidagonist.

Metadon kan forhindre abstinenssymptomer i mere end 24 timer. Hos flertallet af stofmisbrugere kan metadon reducere eller eliminere stoftrang. Ved korrekt dosering kan metadon blokere for den euforiserende virkning af sædvanligt anvendte heroinmængder uden at påvirke de psykomotoriske funktioner.

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.

### 8.3.1 Iværksættelse af behandling

Når en behandling iværksættes, har man normalt ikke kendskab til stofmisbrugerens tolerans over for opioider (som kan være nul), og behandlingen skal derfor altid indledes med en lav dosering, 20–30 mg pr. døgn. Dødeligt forløbende forgiftning er beskrevet ved indgift af doser på 40 mg pr. døgn. Pga. risikoen for akkumulation skal dosisøgning foretages gradvist, med dosisøgning på 5-10 mg højst hver anden dag, indtil tilstanden er stabil, således at der hverken er abstinenssymptomer eller symptomer på overdosering. Dosisindstillingsperioden er 2–3 uger eller længere. Sædvanligvis vil vedligeholdelsesdosis ikke overskride 120 mg.

Metadon administreres normalt en gang dagligt. Under nedtrapning ved dose 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 stofmisbrugerens stabilitet og funktionsniveau kan indtagelse ske overvåget og dagligt (i praksis 5 dage/uge), eller der kan udleveres flere døgndoser til selvadministration.

### 8.3.2 Hjerterytmeforstyrrelser

Lægen skal være opmærksom på, at metadon i høje doser kan give anledning til udvikling af kardielle overledningsforstyrrelser. Alvorlige hjerterytmeforstyrrelser (ventrikulær takykardi, ventrikelflimmer, torsade de pointes) og vedvarende abnormt hjertekardiogram (QT-forlængelse) er observeret hos stofmisbrugere i behandling med metadon. Der bør foretages rutinemæssig EKG ved behandling med 120 mg metadon eller derover, ved svimmelhed og ved besvimelsestilfælde hos metadonbehandlede samt ved kendt hjertesygdom.

### 8.3.3 Nedtrapning

Nedtrapning skal tidligst påbegyndes efter passende stabilisering og bør ikke foregå hurtigere end aftrapning 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. Mange patienter, som ophører eller forsøger at ophøre med metadonbehandling, klager over udtalte og langvarige abstinenssymptomer. Der er næppe tvivl om, at det er reelt og hænger sammen med dels metadons lange virkningstid, dels at stofmisbrugere i metadonbehandling får større opioiddoser, end det normalt er muligt regelmæssigt at erhverve sig og indtage som illegal misbruger. Det er imidlertid ikke vanskeligere for stofmisbrugere i metadonbehandling at blive stoffri end for misbrugere af heroin.



## 8.4 Smertebehandling

Substitutionsbehandling ved opioidafhængighed er ikke smertestillende, hvorfor man skal være opmærksom på sikring af sufficient smertebehandling hos denne gruppe patienter.

Stofmisbrugere i substitutionsbehandling har normal eller nedsat smertetolerans. Dette indebærer, at de skal behandles efter samme retningslinjer som andre patienter med smerter. Samtidigt hermed foretages en ændring af substitutionsbehandlingen ved primært at fordele døgn dosis på 3-4 doser.

Der skal ved iværksættelse af behandling for smerter lægges en plan for smertebehandlingen.

I øvrigt henvises til Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler<sup>(9)</sup>.

## 8.5 Behandling med injicerbar metadon

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

### 8.5.1 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.

### 8.5.2 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.

#### **8.5.3 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 intravenøse metadon. Endvidere har mange patienter i behandling med peroral metadon et samtidigt illegalt sidemisbrug af metadon eller heroin. Principperne for skift fra peroral metadon til injicerbar metadon er som udgangspunkt:

$$\text{Injicerbar metadon (mg)} = 0,8 \times \text{peroral metadon (mg)}$$

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.

Injektionen skal som udgangspunkt finde sted på behandlingsstedet. Der skal ved behov kunne tilkaldes læge. For at sikre den nødvendige diskretion og hygiejniske standard skal injektionen foregå adskilt fra den øvrige medicinudlevering.

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 medicineringen forsvarligt, kan der gives tag-hjem-doser. Der skal udvises særlig agtpågivenhed i forbindelse med udlevering af injicerbar metadon til ferier og udlandsrejser.

#### 8.5.4 Monitorering af behandlingen ved spørgeskemaundersøgelser

Med henblik på evaluering af behandlingsformen skal der foretages en systematisk registrering af behandlingen, som løbende indberettes til Sundhedsstyrelsen.

Patienten skal dels ved behandlingens påbegyndelse, dels løbende, interviewes om helbredsstatus ved brug af SF-36-spørgeskemaet samt Sundhedsstyrelsens spørgeskema vedrørende misbrugsproblematikken.

Det første år foretages interview hver 3. måned, derefter hvert halve år.

Indberetningen foregår elektronisk på Sundhedsstyrelsens hjemmeside <http://www.sst.dk/Formular/Metadon/Formular.aspx>

De indberettede data indgår i et register i Sundhedsstyrelsen efter de forskrifter, der gælder for opbevaring af fortrolige oplysninger. Data anvendes udelukkende til national vurdering af behandlingsformen og vil blive slettet i 2010, når behandlingsformen er evalueret.

Skemaerne kan også udskrives fra Sundhedsstyrelsens hjemmeside.

### 8.6 Akut iværksættelse af abstinensbehandling ved opioidafhængighed hos personer, som lægen har et ringe eller intet kendskab til

Der skal udvises stor forsigtighed ved akut ordination af metadon til personer, 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 8.2 og 8.3.

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

### 8.7 Kontrol af behandlingen

Al medicinsk behandling forudsætter kontrol af, om behandlingen virker efter hensigten. Ved substitutionsbehandling af stofmisbrugere er det overordnede mål at sikre, at substitutionsbehandlingen understøtter indfrielsen af

målene for den enkelte stofmisbrugers behandlingsforløb. Formålet med kontrollen er således primært at sikre behandlingens kvalitet og er ikke rettet mod stofmisbrugeren. Dog bør administrationen af den medikamentelle behandling tilrettelægges på en sådan måde, at risikoen for videresalg af det ordinerede begrænses mest muligt.

### 8.7.1 Nye behandlingsforløb

Ved alle nye behandlingsforløb skal det ordinerede substitutionspræparat som udgangspunkt indtages dagligt og under opsyn, indtil stofmisbrugeren er indstillet på en passende dosis, og stofmisbrugeren samarbejde om behandlingen er sikret. Uden for hverdage bør der udleveres mindst muligt medicin til selvadministration.

### 8.7.2 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 stofmisbrugeren aktuelle muligheder for selv at administrere medicinen. Undtagelser herfra kan dog forekomme, fx i forbindelse med ferier.

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

### 8.7.3 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 10.

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 stofmisbrugers ressourcer og færdigheder, og der skal tages hensyn til stofmisbrugeren muligheder for at leve en så normal tilværelse som muligt.

### 8.7.4 Afbrydelse af substitutionsbehandlingen

En beslutning om at afbryde en substitutionsbehandling i utide mod stofmisbrugeren ønske skal overvejes nøje. En beslutning om i utide at afslutte en substitutionsbehandling, fordi den er nytteløs, er en lægefaglig vurdering.

Behandlingen bør altid genoptages, når stofmisbrugeren er motiveret, og der kan opnås enighed om en behandlingsplan.

Stofmisbrugere, der optræder truende eller voldelige over for personalet eller andre på behandlingsinstitutionen, kan bortvises fra behandling. Dette bør dog benyttes med varsomhed, og stofmisbrugeren bør i videst muligt omfang gives andre tilbud, herunder tilbud, der sikrer den fortsatte medikamentelle behandling.

## 8.8 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). Det er dog under forudsætning af, at der i øvrigt ikke er helbredsmæssige forhold, som taler imod kørekort.

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

Sundhedsstyrelsen anbefaler ikke kørekort til personer, som behandles med stærkt smertestillende medicin, indgivet som injektion eller suppositorium.

Vedr. vejledende doser af øvrige stærkt virkende analgetika og maximale døgndoser ved kørekort henvises til Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler<sup>(9)</sup>.

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

Såfremt en læge i sit virke får kendskab til en stofmisbruger 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 embedslægen ved Sundhedsstyrelsen, jf. autorisationslovens § 44.

Vedr. de generelle regler om afhængighedsskabende lægemidler og kørekort i øvrigt henvises til Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler<sup>(9)</sup>.



## 9 Blandingsmisbrug hos personer i substitutionsbehandling for opioidafhængighed

### 9.1 Forekomst, komplikationer m.m.

Ved indskrivning i behandling for opioidmisbrug har hovedparten af stofmisbrugerne også andet misbrug end opioider. Opioidmisbruget er imidlertid ofte det mest synlige problem i det samlede problemkompleks.

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 personer stabiliseret på en adækvat dosis af metadon eller buprenorphin er mindre tilbøjelige til at have andet misbrug end personer, 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.

### 9.2 Alkohol

Fatale overdoser ses ved større mængder af alkohol i sammenhæng med substitutionsbehandling ved opioidafhængighed, hvor den samlede sedative effekt er større end ved henholdsvis alkohol eller metadon/buprenorphin alene.

Et samtidigt alkoholmisbrug nedsætter komplians til substitutionsbehandlingen ved opioidafhængighed og medfører et ringere udbytte heraf.

Stofmisbrugere i substitutionsbehandling for opioidafhængighed og med samtidigt alkoholmisbrug har ofte også et misbrug af benzodiazepiner.

Stofmisbrugere i opioid substitutionsbehandling med samtidigt alkoholmisbrug har 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 stofmisbrugere i substitutionsbehandling for opioidafhængighed, både under og i forbindelse med udskrivelse fra behandling.

### 9.2.1 Behandling af alkoholmisbrug

Alkoholmisbrug hos personer 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 person i substitutionsbehandling for opioidafhængighed vurderes at være svært alkoholpåvirket, bør der ikke udleveres metadon eller buprenorphin til personen. Medicinering med opioider må udsættes, indtil personen ikke længere er alkoholpåvirket. Hvis dette ikke er muligt, må indlæggelse til alkoholafrusning overvejes, hvis substitutionsbehandling for opioidafhængighed skal fortsættes.

Behandling af potentielt livstruende alkoholabstinenssymptomer hos personer 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 personer 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.).

### 9.3 Benzodiazepiner

Vedr. de generelle retningslinier for behandling med benzodiazepiner henvises til Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler<sup>(9)</sup>.

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 stofmisbrugere har et årelangt forbrug af benzodiazepiner, som enten er ordineret legalt eller erhvervet på det illegale marked. Sædvanligvis indtages benzodiazepiner af stofmisbrugere i meget større doser end normalt rekommanderet.

Det er vigtigt, at den læge, der behandler patienten for stofmisbrug, 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 benzodiazepin 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 personer 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 stofmisbrugere 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 abstinenskrampe.

Det mest hensigtsmæssige benzodiazepin til behandling af stofmisbrugere er karakteriseret ved langsom absorption, lav lipofilitet, lang halveringstid og uden ophobning af farmakologiske aktive metabolitter. Fx udmærker clonazepam sig ved at opfylde ovenstående kriterier og bør derfor vælges, hvis behandling med benzodiazepiner er uomgængelig. Ordinationen skal være tidsbegrænset til max. 4 uger.

Langtidsbehandling (mere end få uger) med benzodiazepiner bør ikke finde sted hos stofmisbrugere. De anbefalede doser for korttidsbehandling bør ikke overskrides væsentligt.

Generaliseret angst, panikangst og angsttilstande relateret til posttraumatisk stress-syndrom (PTSD) behandles primært med antidepressiva.

Benzodiazepiner bør helt undgås i behandlingen af søvnproblemer hos stofmisbrugere. Alternativt kan vælges højdosis-antipsykotikum til natten, eventuelt benzodiazepin-analog af cyclopyrrolongruppen (zolpidem, zopiclon, zaleplon) i 1–2 uger.

### 9.3.1 Behandling af benzodiazepin abstinenssymptomer

Hvis personen kun har indtaget benzodiazepiner inden for 4–6 uger, kan sponering foregå over få dage.

Til stofmisbrugere, der har udviklet fysisk afhængighed efter længere tids misbrug af benzodiazepiner, bør der iværksættes nedtrapning med et benzodiazepinpræparat med lang halveringstid (fx chlordiazepoxid). Dosis svarende til diazepam 30 mg forebygger effektivt abstinenskrampe, uanset personens aktuelle forbrug af benzodiazepiner. Døgndosis reduceres med 10–20 % med 1–2 ugers interval. Kontrolleret indgift bør tilstræbes. For hurtig nedtrapning kan føre til ubehagelige abstinenssymptomer. Det er individuelt hvor langsomt nedtrapningen bør foregå, men det kan være hensigtsmæssigt at strække perioden over flere måneder. Det afgørende er, at nedtrapningen går fremad. Kommer patienten til et vanskeligt tidspunkt, kan samme dosis vedligeholdes et par uger, men man bør så vidt muligt undgå at øge dosis. Hvis der i abstinensfasen opstår søvnproblemer, bør der ikke medicineres med nogen form for benzodiazepin eller cyclopyrrolon.

## 9.4 Kokain og cannabis

Samtidigt misbrug af kokain og/eller cannabis hos personer i substitutionsbehandling for opioidafhængighed komplicerer complians til behandlingen betydeligt. Vedr. stoffernes specifikke rusvirkninger og skadevirkninger henvises til kapitel 7.

Der findes ikke specifik medikamentel behandling for hverken kokain eller cannabis, men kun symptomatisk medikamentel behandling. Vedr. diverse psykoterapeutiske metoder, som er fundet virksomme i behandlingen af kokain- eller cannabismisbrug, henvises til den specifikke litteratur herom.

En vis reduktion over tid af et samtidigt kokainmisbrug ses ofte i forbindelse med en sammenhængende behandlingsindsats for opioidafhængighed.

Ofte fokuseres der i behandlingen kun lidt på et samtidigt cannabismisbrug, selvom følgerne af et stort og langvarigt cannabismisbrug er medvirkende til et reduceret udbytte af substitutionsbehandlingen for opioidafhængighed. Man bør også være opmærksom på, at cannabis evt. anvendes som selvmedicinering af fx angst eller depressive lidelser, som med fordel vil kunne behandles med regelrette psykoterapeutiske eller farmakologiske metoder.

## 10 Anvendelse af urinanalyser for euforiserende stoffer og medikamenter i forbindelse med behandling af opioidmisbrug/afhængighed

Som led i substitutionsbehandling af stofmisbrugere kan anvendes urinanalyser med henblik på diagnostik eller vurdering af den iværksatte behandling. Urinanalyser skal ordineres af den behandlende læge eller af en person, som lægen har bemyndiget hertil.

Såfremt urinanalyser indgår som led i behandling eller diagnostik, skal en læge vurdere resultatet i forhold til oplysninger om indtag af rusmidler og medikamenter, de foreliggende medicinske og den anvendte metode.

Lægen skal informere patienten om formålet med urinalysen. Patienten skal oplyses om, at resultatet af urinalysen ikke kan medføre sanktioner i form af 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.

For nærmere uddybning af indikationer, analysemetoder og anvendelse m.m. henvises til bilag 5.

## 11 Forebyggelse af uønsket graviditet

De kommunale behandlingsinstitutioner for stofmisbrugere skal sikre, at der foregår en systematisk indsats på dette område, således at rådgivning og tilbud om prævention indgår i den sundhedsfaglige del af stofmisbrugsbehandlingen.

Ved indskrivning af en kvindelig stofmisbruger i substitutionsbehandling skal lægen i det kommunale misbrugsbehandlingssystem 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 herpå.

Principper for valg af antikonceptionsmetode:

- Der anbefales en tostrengt præventionsindsats, hvor kvinderne beskyttes både mod graviditet og kønssygdomme med langtidsvirkende og ikke-samleafhængig metode: p-stav, p-sprøjte, spiral  
*og*
- kondom ved nye partnere til beskyttelse mod kønssygdomme.

Lægen i det kommunale misbrugsbehandlingssystem bør rådgive de kvindelige stofmisbrugere om nem adgang til graviditetstest og nødprævention ("fortrydelsespiller").

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 kvindelige stofmisbrugere indlægges på gynækologisk og obstetrisk specialafdeling, fx i forbindelse med abortindgreb, skal

- 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.

## 12 Behandling af gravide stofmisbrugere

I Sundhedsstyrelsens retningslinjer for svangreomsorgen<sup>(17)</sup> fremgår, at der skal tilbydes en særlig målrettet forebyggende og behandlende indsats til gravide, hvis livsvilkår eller livsstil medfører særlige risici for mor og/eller barn. Til gruppen af gravide med særlig behov hører bl.a.:

- Gravide med rusmiddelbrug/misbrug
- Psykisk syge/psykisk skrøbelige gravide
- Socialt stærkt belastede gravide.

### 12.1 Tidlig kontakt, henvisning til specialafdeling

Det er vigtigt så tidligt som muligt i graviditeten at skabe en hurtig, evt. akut, kontakt mellem den gravide stofmisbruger og en obstetrisk specialafdeling med tilknytning til neonatalafdeling, som vil kunne vurdere behov for behandling (eventuelt behandling under indlæggelse) og hjælpeforanstaltninger. Ofte har den gravide stofmisbruger 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 stofmisbruger sikre, at der er etableret eller sørge for at etablere kontakt til obstetrisk specialafdeling
- kan enhver læge direkte henvise en gravid stofmisbruger til vurdering på obstetrisk specialafdeling.

### 12.2 Abortrådgivning

Når den første samtale er tidligt i graviditeten, bør den gravide stofmisbruger rådgives om muligheden for abort. Kvinden skal samtidig gøres opmærksom på de foreliggende muligheder for støtte til gennemførelse af svangerskabet og for støtte efter barnets fødsel, jf. sundhedsloven § 100, stk. 2. Er hun før 12. graviditetsuge, kan hun vælge at få foretaget en abort, jf. sundhedslovens § 92. Har hun derimod overskredet udgangen af 12. uge, oplyses hun om mu-

lighederne for at søge tilladelse til sen abort ved det regionale abortsamråd, jf. sundhedslovens kapitel 25. Den gravide stofmisbruger henvises tidligst muligt til specialafdeling med henblik på rådgivning vedr. behov for supplerende undersøgelser, fx risikovurdering og fosterdiagnostik, screening for infektionssygdomme. Kvinden kan have behov for flere rådgivende samtaler, inden hun er parat til at beslutte om hun vil gennemføre eller afbryde graviditeten. Ligeledes skal kvinden oplyses om samarbejdet med de sociale myndigheder, tavshedspligt, oplysningspligt og underretningspligt, jf. sundhedslovens § 100.

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

### 12.3 Tværsektoriel og tværfaglig svangreomsorg

I forbindelse med henvisning af den gravide stofmisbruger til den obstetriske specialafdeling placeres ansvaret for den fortsatte koordination af den tværfaglige og tværsektorielle svangreomsorg i den obstetriske specialafdelings regi. Det kommunale misbrugsbehandlingsregi kan i samarbejde med obstetrisk specialafdeling varetage misbrugsbehandlingen af den gravide stofmisbruger, herunder også substitutionsbehandling.

Sammenlignet med den almindelige svangrekontrol ses den gravide stofmisbruger i hyppigere kontrol:

- Gravide stofmisbrugere i stabil behandling, herunder i stabil substitutionsbehandling i det kommunale misbrugsbehandlingssystem, ses vanligvis i obstetrisk kontrol hhv. 2-3 uger frem til uge 35-36, herefter hver uge
- Gravide stofmisbrugere med ustabil misbrugsmønster og ustabil kontakt til det kommunale misbrugsbehandlingssystem opfordres til indlæggelse i obstetrisk afdeling, og hvis hun afviser dette, vil hun vanligvis blive set i obstetrisk kontrol hhv. 1-2 uger frem til uge 35-36, herefter hver uge
- Behandling altid i øvrigt efter individuel vurdering.

### 12.4 Substitutionsbehandling af opioidafhængige under graviditet og fødsel

Behandling af opioidafhængighed hos gravide skal foregå i samarbejde med obstetrisk specialafdeling. Iværksættelse af metadonbehandling til den gravide opioidmisbruger skal altid ske i samråd med den obstetriske specialafdeling.

Iværksættelse af substitutionsbehandling bør i videst mulig omfang foregå under indlæggelse på obstetrisk specialafdeling, som har ansvaret for substitutionsbehandlingen under graviditeten. Hvis den gravide kvinde i substitutionsbehandling efterfølgende følges ambulant, kan lægen i det kommunale behandlingssystem varetage substitutionsbehandlingen i samarbejde med den obstetriske specialafdeling.

Hvis lægen i det kommunale misbrugsbehandlingssystem finder indikation for iværksættelse af substitutionsbehandling i det kommunale regi, skal det altid ske i samråd med den obstetriske specialafdeling.

Fortsættelse af en før graviditeten iværksat substitutionsbehandling skal ligeledes varetages i samarbejde med specialafdelingen.

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

Ved iværksættelse af substitutionsbehandling hos en gravid, som under graviditeten ikke har været i substitutionsbehandling, anbefales metadon som 1.-valgspræparat.

Det er vigtigt, at den gravide opioidmisbruger hurtigst muligt stabiliseres på metadon enten med henblik på senere udtrapning i graviditeten eller med henblik på en stabilisering på metadon under hele graviditeten.

Gravide, som var i stabil substitutionsbehandling med buprenorphin, da graviditeten indtrådte, bør anbefales at fortsætte hermed under graviditeten.

For en nærmere beskrivelse af substitutionsbehandling hos opioidafhængige gravide henvises til bilag 6.

## **12.5 Behandling af gravide med alkohol- og benzodiazepin abstinenssymptomer**

Behandling af alkohol- og benzodiazepin abstinenssymptomer hos gravide skal foregå i samarbejde med obstetrisk specialafdeling, fortrinsvis under indlæggelse.

## **12.6 Lovgrundlaget, tavshedspligt, underretningspligt m.v.**

I det følgende gennemgås kort lovgrundlaget og de væsentligste bestemmelser, som læger og andre sundhedspersoner skal være bekendt med, når de



har en gravid stofmisbruger som patient.

### 12.6.1 Sundhedsloven

Svangreområdet er reguleret i sundhedsloven (LBK nr. 95 af 24. juni 2007), hvori adgangen til ydelser i sundhedssektoren i forbindelse med graviditet og fødsel er reguleret.

Af bekendtgørelsen<sup>(18)</sup> om forebyggende sundhedsydelser for børn og unge fremgår det, at 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 sundhedsplejerske. Heraf følger muligheden for at tilbyde graviditetsbesøg i hjemmet ved en sundhedsplejerske og styrket samarbejde mellem jordemoder, læge og sundhedsplejerske for gravide med særlige behov.

### 12.6.2 Den gravide stofmisbrugers retsstilling

Hjælp til en gravid kvinde skal ske efter den gravides ønsker og behov og med respekt for hendes selvbestemmelse, jf. kapitel 2.

Som udgangspunkt giver den gravide stofmisbruger sit stiltiende samtykke, når hun møder frem til graviditetsundersøgelser. Hvis den gravide stofmisbruger ikke ønsker at deltage i graviditetsundersøgelser, så er det et udtryk for kvindens selvbestemmelsesret. Hensynet til det ufødte barn kan i medfør af gældende lovgivning ikke bevirke tvangsbehandling.

Først når sundhedspersonalets indsats i forbindelse med svangreomsorgen ikke har kunnet få den gravide stofmisbruger ind i et samarbejde, vil en evt. underretning af de sociale myndigheder ifølge serviceloven kunne blive aktuel.

### 12.6.3 Tavshedspligt og underretningspligt

Sundhedspersonalet spiller en helt central rolle, når det gælder beskyttelsen af det ufødte barn. Ofte kan manglende kendskab til regler om underretningspligt og videregivelse af oplysninger virke som en barriere for brugen af dem. Når man som læge eller som anden fagperson er i tvivl om, hvorvidt man må eller skal videregive en oplysning om en gravid stofmisbrugende kvindes forhold, kan konsekvensen blive, at man lader være – i frygt for at overtræde reglerne om tavshedspligt eller i et misforstået hensyn til den gravide. Resultatet kan blive, at den gravide og hermed det ufødte barn, ikke får den nødvendige hjælp i tide.

En sundhedspersons tavshedspligt tilsidesættes, hvis en sundhedsperson via lovgivningen er pålagt en underretningspligt. En sådan pligt er fastsat i servicelovens § 153, stk. 1-3. Med hjemmel i denne bestemmelse er der udstedt en bekendtgørelse om underretningspligt over for kommunen<sup>(19)</sup>.

Ifølge bekendtgørelsen har følgende personer pligt til at underrette kommunen, når de i deres virke bliver bekendt med forhold for et barn eller en ung under 18 år, der må give formodning om, at barnet eller den unge har behov for særlig støtte, eller når de i deres virke får kendskab til vordende forældre med problemer, der giver formodning om, at barnet vil få behov for særlig støtte umiddelbart efter fødslen:

- Offentligt ansatte og andre med offentlige hverv
- Læger, der ikke er omfattet af stk. 1.

Underretningspligten foreligger også, når forholdene hos vordende forældre giver formodning om, at barnet efter fødslen vil få vanskeligheder i forhold til daglige omgivelser eller i øvrigt vil leve under utilfredsstillende forhold.

Underretningspligten indtræder, når der ikke er rimelig mulighed for gennem egen virksomhed i tide at afhjælpe vanskelighederne, herunder gennem rådgivning og vejledning af forældrene.

## 12.7 Øvrige bestemmelser

### 12.7.1 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 det ufødte barn, skal kommunen med baggrund i behovet for så en tidlig og målrettet indsats som muligt undersøge de vordende forældres forhold nærmere<sup>(20)</sup>. Afgørelsen herom træffes med samtykke fra forældrene.

Kommunalbestyrelsen skal under en graviditet træffe afgørelse om iværksættelse af hjælpeforanstaltninger (fx rådgivning, støtte i hjemmet, aflastningsordning, døgnophold), når det anses for at være af væsentlig betydning af hensyn til barnets særlige behov for støtte efter fødslen<sup>(21)</sup>. Afgørelsen træffes med samtykke fra forældrene.

Det skal bemærkes, at kommunens tilsynsforpligtigelse ud over at gælde børn og unge i kommunen også gælder vordende forældre.

### 12.7.2 Ret for gravide stofmisbrugere til at få tilbudt kontrakt om behandling for stofmisbrug med mulighed for tilbageholdelse i behandling

Ifølge lovbekendtgørelsen om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling<sup>(22)</sup> skal kommunalbestyrelsen tilbyde den gravide stofmisbruger, der er i behandling i form af døgnophold i henhold til serviceloven<sup>(23)</sup>, at indgå en

kontrakt om behandling for stofmisbrug med mulighed for tilbageholdelse. Det er frivilligt for den gravide stofmisbruger, om hun ønsker at indgå en kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse på behandlingsstedet. Behandling i døgnophold (botilbud) foregår i princippet i et åbent behandlingsmiljø, og de foranstaltninger, der kan anvendes i forbindelse med iværksættelse og opretholdelse af en tilbageholdelse, må forsøges afpasset forholdene. Isolation, dvs. afsondring i aflåst rum i kortere eller længere tid, er ikke tilladt.

Magtanvendelse skal afpasses efter forholdene i den enkelte situation og må ikke gå ud over det strengt nødvendige. Fysisk magtanvendelse er tilladt i det omfang, det er nødvendigt for at afværge, at stofmisbrugeren udsætter sig selv eller andre for nærliggende fare for at lide skade på legeme eller helbred. Ved fysisk magtanvendelse forstås eksempelvis fysisk fastholdelse af en person. Isolation, hvorved forstås afsondring i aflåst rum i kortere eller længere perioder, er ikke tilladt. Fiksering er ej heller tilladt. Ved fiksering forstås anvendelse af mekanisk tvangsmiddel i form af bælte, håndremme, livstykke eller anden form for mekanisk fastspænden.

En kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse af den gravide stofmisbruger kan indgås for en periode af ikke over et halvt års varighed fra indgåelsen.

Den gravide stofmisbruger kan til enhver tid opsig en kontrakt om behandling med mulighed for tilbageholdelse, dog kan tilbageholdelse ske, jf. særlig § 5 i lovbekendtgørelsen<sup>(22)</sup>, når der er begrundet formodning om, at den gravide stofmisbruger vil afbryde den aftalte behandling, og det vil være uforvarligt ikke at tilbageholde den pågældende, fordi

- udsigten til at ophøre med misbruget eller en betydelig og afgørende bedring af tilstanden ellers vil blive væsentligt forringet eller
- stofmisbrugeren frembyder nærliggende og væsentlig fare for sig selv eller andre.

Tilbageholdelse kan kun ske, såfremt mere lempelige foranstaltninger er utilstrækkelige.

Tilbageholdelsen skal ophøre, når de ovenfor nævnte betingelser ikke længere er til stede. Den enkelte tilbageholdelse kan ikke vare mere end 14 dage fra beslutningen, og den samlede tilbageholdelsesperiode kan ikke overstige 2 måneder inden for 6 måneder.

Beslutninger om tilbageholdelse og ophør af denne træffes af døgnbehandlingstilbudets leder.

For andre stofmisbrugere end gravide stofmisbrugere beslutter kommunalbestyrelsen, om kommunen vil benytte sig af denne lovs bestemmelser<sup>22</sup>. Der findes endnu ikke eksempler på konkret anvendelse af behandlingskontrakter med mulighed for tilbageholdelse, om end der i enkelte kommuner er truffet principiel beslutning om at benytte loven.

## 13 Ophævelse

Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9710 af 25. juli 2006 om anvendelse af injicerbar metadon i stofmisbrugsbehandling og vejledning nr. 9881 af 8. juni 2007 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler og om substitutionsbehandling af personer med opioidafhængighed, kapitel 7, ophæves d. 1. juli 2008.

## 14 Ikrafttræden

Vejledningen træder i kraft den 1. juli 2008.

## 15 Henvisninger

- 1 Sundhedsstyrelsens vejledning om epikriser ved udskrivelse fra sygehuse mv. nr. 9154 af 22. februar 2007
- 2 Bekendtgørelse nr. 1373 af 12. december 2006 om lægers, tandlægers, kiropraktorer, jordemødres, kliniske diætisters, kliniske tandteknikeres, optikere og kontaktlinseoptikeres patientjournaler (journalføring, opbevaring, videregivelse og overdragelse mv.)
- 3 Sundhedsloven, LBK nr. 95 af 7. februar 2008
- 4 Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed, lov nr. 451 af 22. maj 2006
- 5 Serviceloven, lovbekendtgørelse nr. 1117 af 26. september 2007
- 6 Bekendtgørelse af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, lovbekendtgørelse nr. 1047 af 27. august 2007
- 7 Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9429 om ordination og håndtering af lægemidler af 30. juni 2006
- 8 Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9229 sygeplejefaglige optegnelser af 25. april 2005
- 9 Sundhedsstyrelsens vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler af 1. juli 2008.
- 10 Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 11053 for diagnose og behandling af seksuelt overførbare sygdomme af 1. april 1999
- 11 Sundhedsstyrelsens vejledning om forebyggelse mod viral hepatitis, juni 2002
- 12 Sundhedsstyrelsens vejledning om human immundefekt virus HIV og forebyggelse af blodbåren smitte, oktober 1992
- 13 Sundhedsstyrelsens nationale handlingsplan til forebyggelse af hepatitis C blandt stofmisbrugere, august 2007
- 14 Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 11053 for diagnose og behandling af seksuelt overførbare sygdomme, 1. april 1999
- 15 Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 746 af 29. juni 2006 om gratis hepatitisvaccination af særligt udsatte persongrupper
- 16 Bekendtgørelse nr. 1102 af 20. september 2007 om lægers anmeldelse af smitsomme sygdomme mv.
- 17 Sundhedsstyrelsen, 1. juli 1998: Svangreomsorg: Retningslinier og redegørelse: Sundhedsvæsenets indsats i forbindelse med graviditet, fødsels- og barselsperiode.

- 18 Bekendtgørelse om forebyggende sundhedsydelse for børn og unge nr. 1183 af 28. november 2006
- 19 Bekendtgørelse om underretningspligt over for kommunen efter lov om social service nr. 1336 af 30. november 2007
- 20 Serviceloven, LBK nr. 1117 af 26. september 2007, § 50, stk. 10,
- 21 Serviceloven, LBK nr. 1117 af 26. september 2007, § 52, stk. 6
- 22 Bekendtgørelse af lov om tilbageholdelse af stofmisbrugere i behandling nr. 190 af 27. februar 2007 § 1 stk. 1 med ændringer ved lov nr. 542 af 6. juni 2007
- 23 Serviceloven, LBK nr. 1117 af 26. september 2007, § 107, stk. 2, nr. 2
- 24 Sundhedsstyrelsen: "Sundhedsfremmende og smitteforebyggende rådgivning af mennesker, der findes HIV-smittede. Råd til sundhedspersonalet", september 2007.





# 1. Bilag til kapitel 4

## 1. Diagnoser

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 (ICD-10)	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
<hr/>	
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

For en nærmere uddybning henvises til bilag 4 samt i øvrigt til WHO ICD-10-klassifikationen.

## 2. Bilag til kapitel 5

### 2.1 Indledning

Stofmisbrugere har en øget somatisk sygelighed, som især skyldes det intravenøse misbrug, men også manglende varetagelse af eget helbred samt livsstilssygdomme er medvirkende årsager.

Den generelle viden om følgesygdomme og skader ved stofmisbrug er sparsom blandt stofmisbrugerne. Oftest søges kun lægelig behandling i forbindelse med svær akut sygdom. Hyppigt går stofmisbrugere ganske længe med deres sygdomme ubehandlede, og ofte ses utilstrækkeligt behandlede kroniske sygdomme. De helbredsmæssige problemer, som følger af stofmisbrug, medfører et stort antal hospitalsindlæggelser og skadestuebesøg. De er desuden årsag til mange førtidspensioner og er medvirkende årsag til den øgede dødelighed hos stofmisbrugerne.

### 2.2 Sygdomme, som er særligt hyppige hos intravenøse stofmisbrugere

Mange sygdomme, som stofmisbrugeren pådrager sig, opstår som følge af usteril og teknisk mangelfuld intravenøs administration af misbrugsstofferne. Andre hyppigt forekommende sygdomme er forbundet med den særlige livsstil, som ofte ses i forbindelse med et aktivt stofmisbrug.

Figur 2: Hyppige sygdomstilstande hos stofmisbrugere

#### Injektionsrelaterede sygdomme

Lokale infektioner i og omkring injektionsstedet

*Flegmone, absces*

*Erysipelas*

Systemiske infektioner

*Bakterielle*

- Bakteriæmi/sepsis
- Endokarditis

#### Livsstilssygdomme

Tandsygdomme

KOL, pneumoni, (TB)

Traumer

Gynækologiske infektioner og/eller seksuelt overførbare infektioner

<ul style="list-style-type: none"> <li>• Organabscesser</li> </ul>	
<i>Virale</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hepatitis</li> <li>• HIV</li> </ul>	
Karlæsioner	
<i>Dyb venøs trombose</i>	
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Posttrombotisk syndrom</li> <li>• Kroniske bensår</li> </ul>	

## 2.3 Injektionsrelaterede sygdomme

### 2.3.1 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 institueres 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 med henblik på at minimere kompliansproblemer.

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.

### 2.3.2 Systemiske infektioner

#### Bakterielle

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 er langsomt forløbende infektioner, og de kliniske manifestationer kan være sparsomme.

Den intravenøse stofmisbruger 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 stofmisbrugeren 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. Misbrugere, som tidligere har haft endocarditis og/eller er hjerteklapopererede, bør i forbindelse med tandbehandling have profylaktisk antibiotika.

## Virale

Vedr. hepatitis og HIV henvises til bilag 3.

### 2.3.3 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 stofmisbrugerens tilberedning af stoffet til injektionsbrug tilført urenheder, hvilket kan medføre vævsskade. Ved længerevarende intravenøst misbrug mindskes antallet af brugbare vener, og stofmisbrugeren 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 injektionsmisbrugeren med et langvarigt og omfattende injektionsmisbrug.

Der er hos stofmisbrugeren 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. Hos stofmisbrugere er komplianceproblemer til peroral AK-behandling hyppige med betydelig risiko for blødningskomplikationer som følge af overdosering og insuffisient behandling af den blodfortyndende medicin.

Det posttrombotiske syndrom er hyppigt forekommende hos injektionsmisbrugere 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. Stofmisbrugere 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 stofmisbruger falder i dyb søvn og kompromitterer blodforsyningen til fx en ekstremitet. Lammelse af den komprimerede nerves innerveringsområde 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 sensibiliseringsudfald, styringsbesvær og kontrakturer.

## 2.4 Livsstilssygdomme

### 2.4.1 Kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL)

Tobaksrygning samt cannabisrygning er udbredt hos stofmisbrugere, og mange, også relativt unge, stofmisbrugere har kronisk obstruktiv lungesygdom (KOL) i fremskredent stadium. Hyppigt ses eksacerbationer og pneumonier. Man bør ved KOL før evt. ordination af inhalationssteroider eller systemisk steroidbehandling udelukke forekomst af tuberkulose.

### 2.4.2 Tuberkulose

Hoste, vægttab, feber og evt. nattesved bør vække mistanke om tuberkulose. 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 kompliansproblemer.

### 2.4.3 Tandsygdomme

Den ofte meget dårlige tandstatus forringer stofmisbrugerens helbred og livskvalitet. Tidlig opmærksomhed skal henledes på, at karies, parodontose og tandtraumer er udbredt hos stofmisbrugere. Samarbejde med tandlæge bør prioriteres i den sundhedsfaglige indsats for stofmisbrugere.

Stofmisbrugeren har ofte svært ved at indtage normal føde på grund af tyggeproblemer, enten på grund 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. Beskadigede tænder kan være indgangsport for infektioner, med risiko for bl.a. udvikling af endokarditis.

## 3. Bilag til kapitel 6

### 3.1 Hepatitis A, hepatitis B, hepatitis C og human immundefekt virus (HIV)

Stofmisbrugere er i stor udstrækning smittet med de blodoverførte virus sygdomme hepatitis B, hepatitis C og HIV og smittes tidligt i forløbet af det intravenøse stofmisbrug.

Injektionsmisbrugere, der anfører, at de aldrig har delt kanyler/sprøjter med andre, er smittede i lige så høj grad som de øvrige, og misbrugere, der oplyser aldrig at have injiceret, findes smittede.

Incidensen af HIV-antistof positive stofmisbrugere er faldende og lav, hvilket sandsynligvis skyldes begrænsning i risikoadfærd. Men stofmisbrugerne bliver stadig smittet, og den begrænsning af risikoadfærden, der har resulteret i et fald i HIV-incidensen, har ikke været tilstrækkelig til at begrænse den høje incidens af hepatitis B og C. Stofmisbrugerne smittes meget hurtigt i deres karriere med hepatitis C og lidt senere med hepatitis B, således at så godt som alle i løbet af ti år inficeres med HCV, HBV eller HIV.

Specielt den høje forekomst af hepatitis C er foruroligende, og efter kun få års injektionsmisbrug ses en prævalens på ca. 80 %. 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.

Særlig hepatitis C er en voldsom trussel mod stofmisbrugernes helbred og en medvirkende årsag til, at flere og flere stofmisbrugere ikke længere dør af overdoser, men i takt med den stigende gennemsnitsalder dør af sygdom.

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

Erfaringsmæssigt er håndtering af virale infektioner hos stofmisbrugere vanskelig, både på grund af den relative høje kompleksitet i disse sygdomme,

men også på grund af stofmisbrugernes ofte komplekse problemstillinger, og ikke mindst også på grund af store forskelle i den faglige baggrund hos lægerne, der varetager stofmisbrugsbehandlingen. For at lette det lægelige arbejde især i den kommunale misbrugsbehandling, men også i almen praksis, og for at øge samarbejdet med infektionsmedicinske specialafdelinger, omfatter dette kapitel en nærmere uddybning af forholdene omkring virale infektioner hos stofmisbrugere:

- En oversigt over udbredelse, smitterisiko og smitteveje, sygdomsforløb, diagnose og behandling for hepatitis A, B og C samt HIV hos stofmisbrugere
- Vejledning om vaccination mod hepatitis A og hepatitis B
- Undersøgelingsprogrammer for, hvilke blodprøver der skal tages, og hvordan resultaterne skal tolkes
- Huskeliste til rådgivning af stofmisbrugere vedrørende smitteoverførsel og forholdsregler ved hepatitis B og C samt HIV
- Vejledning om smitteopsporing og profylakse efter udsættelse for smitterisiko.

Vedr. den anvendte nomenklatur henvises til oversigt i afsnit 3.9 i dette bilag.

## 3.2 Oversigt over udbredelse, smitterisiko og smitteveje, sygdomsforløb, diagnostik og behandling for hepatitis A, B og C og HIV hos stofmisbrugere

### 3.2.1 Hepatitis A, B og C

#### Akut virus hepatitis:

Klinisk er mange tilfælde af akut hepatitis asymptomatisk eller kun associeret med milde almensymptomer, der umiddelbart ikke giver mistanke om lever sygdom. Hepatitis C (HCV)-infektion er oftere asymptomatisk end hepatitis A (HAV)- eller hepatitis B (HBV)-infektion. Den klassiske manifestation er gulsot forudgået af dage eller ugers varende prodromalsymptomer i form af almen sygdomsfølelse, træthed, muskelsmerter, kvalme, madlede, smerter under højre kurvatur og opkastninger. Der er kun let eller ingen feber i den ikteriske fase. I løbet af dage plejer den kliniske tilstand at bedres, men der kan gå måneder, inden patienten kommer sig helt.

Diagnosen af akut hepatitis:

- HAV-infektion: Positiv anti-HAV IgM
- HBV-infektion: Positiv HBsAg og/eller positiv anti-HBcIgM
- HCV-infektion: Positiv HCV-RNA og negativ anti-HCV



Komplikationer:

- Udvikling af kronisk hepatitis.
- Fulminant virushepatitis. Ses hos under 1 %. Defineres som leversvigt med encephalopati opstået inden 8 uger efter start på den ikteriske fase af sygdommen. Første symptomer på leversvigt er ofte sløvhed, konfusion, ændret adfærd.

### **Kronisk virushepatitis:**

Kronisk virushepatitis defineres som infektion med HBV eller HCV i mere end 6 måneder. Der kan enten samtidig med eller i en allerede etableret kronisk HBV-infektion forekomme Hepatitis D virus (HDV) infektion, men det ses yderst sjældent i Danmark. Hepatitis A udvikles ikke til kronisk hepatitis.

Symptomer:

De fleste patienter med kronisk virushepatitis har ingen eller kun uspecifikke symptomer, indtil der evt. udvikles levercirrose eller hepatocellulært karcinom. Diagnosen stilles derfor ofte tilfældigt hos personer, der ved blodprøvetagning har forhøjede transaminaser, eller hos personer i risikogrupper, der undersøges serologisk.

Diagnose af kronisk hepatitis:

> 6 måneder:

- HBV-infektion: Positiv HBsAg og positiv anti-HBc IgG
- HCV-infektion: Positiv HCV-RNA og positiv anti-HCV

## **3.2.2 Hepatitis A**

### **Udbredelse**

I Danmark forekommer hepatitis A overvejende efter indførsel af smitte fra endemiske områder, og størstedelen af anmeldte patienter med hepatitis A menes at være blevet smittet under udenlandsrejser.

Omkring 10 % af hepatitis A tilfælde i Danmark ses blandt intravenøse stofmisbrugere, blandt hvilke der også er set udbrud.

### **Smitterisiko og smitteveje**

Infektionen overføres først og fremmest fæco-oralt, og forekomsten er derfor afhængig af den hygiejniske standard. Smitte forekommer oftest med vand og føde, der ikke er tilstrækkelig varmebehandlet, men kan også ske ved direkte kontakt med smittet person. Smittevejen kan også være blodbåren, men er det sjældent. Seksuelt overført smitte ses sjældent i Danmark, men er kendt fra udbrud både herhjemme og i udlandet. Smitterisikoen er størst ved tæt kontakt og øges, hvis de hygiejniske forhold er dårlige.

## Sygdomsforløb

Inkubationstid: 2-6 uger

Klinisk er det ikke muligt at skelne hepatitis A fra de øvrige hepatitisformer. Hos mere end 50 % af de smittede ses klinisk akut hepatitis. Hepatitis A synes at have et mere alvorligt forløb hos patienter, der har kronisk HCV-infektion. Hepatitis A fører næsten altid til fuld helbredelse og giver ikke anledning til kronisk infektion. Fulminant forløb ses meget sjældent.

## Diagnostik

Figur 3: HAV

Klinisk problemstilling	Test	Resultat	Tolkning
Mistanke om akut hepatitis A	Anti-HAV IgM	Pos	Akut hepatitis A
		Neg	Ikke akut hepatitis A
Undersøgelse af HAV immunitetsforhold	Anti-HAV IgG	Pos	Hepatitis A immun
		Neg	Hepatitis A modtagelig Indikation for vaccination

## Behandling

Ingen specifik behandling. Kost og sengeleje efter patientens behov. Alkoholafholdenhed i den akutte fase anbefales. Der er ikke belæg for strengt forbud mod nydelse af alkohol i måneder efter overstået sygdom.

## Vaccination

*Hepatitis A vaccination: Havrix® kan rekvireres fra Staten Serum Institut*

Administration: 1 ml intramuskulært i musculus deltoideus.

Beskyttelse indtræder 1-2 uger efter første vaccinationsdosis og varer mindst 1 år. Ved vaccination 6-12 måneder efter første dosis opnås immunitet i 20 år eller måske længere tid.

Såfremt der tillige er behov for hepatitis B vaccination, bør anvendes:

*Kombineret Hepatitis A+B vaccination: Twinrix®: se afsnit 3.3*

## Forebyggelse

Indskærpelse af vigtigheden af håndvask inden spising og tilberedning af mad samt efter toiletbesøg og så vidt muligt sterile forhold ved intravenøst stofmisbrug.

### 3.2.3 Hepatitis B

#### Udbredelse

Tidligere forekom sygdommen i Danmark hovedsagligt som seksuelt overført infektion, især blandt mænd, der har sex med mænd. Siden 1990'erne har det især overvejende været intravenøse stofmisbrugere, der er blevet konstateret smittede, men seksuel transmission udgør dog en betydelig andel. I Danmark anmeldes årligt cirka 100 tilfælde af akut hepatitis B.

Antallet af personer med kronisk hepatitis B i Danmark skønnes at være ca. 15.000. Kronisk hepatitis B ses hyppigst hos indvandrere fra endemiske områder, primært Sydøstasien og Afrika, hos intravenøse stofmisbrugere, hos mænd, der har sex med mænd og hos personer med multiple heteroseksuelle partnere.

Prævalensen blandt intravenøse stofmisbrugere i behandling i Danmark er i nyere undersøgelser fundet at være 43-64 %.

#### Smitteveje og smitterisiko

HBV kan hos en smittet person påvises i blod, sæd og andre sekreter. Hepatitis B virus overføres overvejende parenteralt via blod, ved intravenøst stofmisbrug, stikuheld og ved ubeskyttet sex, samt vertikalt fra mor til barn under fødslen eller horisontalt i barnealderen, formentlig via rifter i huden.

Næsesekret, sved, tårer, urin, fæces og opkast anses i almindelighed ikke for smittefarligt, medmindre der er synlig blodtilblanding.

Der er risiko for smitte via tandbørster, barberudstyr, sutteflasker, legetøj mm., hvor der kan være tale om kontakt med blodbanen eller slimhinder.

#### Sygdomsforløb

En stor del af de primære HBV infektioner er asymptomatiske eller symptomfattige. Ikterus ses hos cirka en tredjedel.

I de fleste tilfælde af akut klinisk hepatitis B er symptomerne de samme som ved hepatitis A. I sjældne tilfælde ses en lang prodromal fase, karakteriseret ved arthralgier, feber og hududslæt.

Forløbet af akut hepatitis B er alvorligere end for akut hepatitis A, idet ca. 0,5 % udvikler fulminant leversvigt.

Ved kronisk hepatitis B er der sædvanligvis ingen specifikke symptomer, før der evt. udvikles komplikationer i form af cirrose og eventuelt hepatocellulært carcinom.

Risikoen for at udvikle kronisk infektion er hos immunkompetente, yngre voksne med akut hepatitis B i gennemsnit 3-5 %. Hos HIV smittede er risikoen beskrevet at være 20-40 % før og 7 % efter introduktion af antiretrovirale behandling.

Forløbet af en kronisk HBV-infektion kan inddeles i 4 faser, som fremgår af nedenstående figur:

#### Figur 4: HBV

- 1. fase, immuntolerans-fasen:* Patienten er HBsAg og HBeAg positiv med udtalt viræmi, d.v.s. højt niveau af HBV-DNA i blodet, men uden biokemisk (normal ALAT) og histologisk sygdomsaktivitet. Tilstanden er meget smitsom.
- 2. fase, immunreaktions-fasen:* Der er immunologisk respons, men ikke altid nok til at holde infektionen i ro. Patienten er HBsAg og HBeAg positiv med moderat viræmi, og der er tegn på biokemisk og histologisk aktivitet. Tilstanden er meget smitsom.
- 3. fase, den inaktive fase:* Det immunologiske respons har medført, at der er opnået hel eller delvis kontrol over infektionen. Patienten er fortsat HBsAg positiv, men har dannet antistoffer mod HBeAg (er serokonverteret fra HBeAg til anti-HBe) og der er lav viræmi (HBV-DNA < 10<sup>6</sup> kopier/ml). Der er ingen tegn på biokemisk eller histologisk aktivitet. Tilstanden er kun lidt smitsom.
- 4. fase, den immune fase:* Kun få patienter går over i denne fjerde fase, hvor de bliver HBsAg negative og anti-HBs positive, ikke er smitsomme og anses for raske.

Spontan serokonversion: I modsætning til kronisk hepatitis C, hvor der kun yderst sjældent ses spontan serokonversion, ses hos hepatitis B-patienter, at op til 10 % pr. år bliver HBe-antigen og/eller HBV-DNA-negative, og hos 2 % om året ses yderligere bortfald af HBs-antigen.

Begyndende cirrose kan ses allerede efter 5 år med aktiv hepatitis, og efter 20 år har omkring 20 % udviklet cirrose. Risikoen for hepatocellulært karcinom er størst hos patienter, der allerede har udviklet cirrose (1-3 % per år).

## Diagnostik

Figur 5: HBV

Klinisk problemstilling	Analyser	Udfald	Tolkning
Akut hepatitis B	HBsAg og/eller Anti-HBcIgM	HBsAg pos Anti-HBcIgM pos	Akut hepatitis B
Kronisk hepatitis B	HBsAg	HBsAg pos i > 6 måneder	Kronisk hepatitis B
Afklargning af HBV immunitet	HBsAg Anti-HBs	1) HBsAg pos Anti-HBs neg	1) Hepatitis B virus- infektion Ikke indikation for vaccination.
		2) HBsAg neg Anti-HBs pos	2) Tidl. hepatitis B virusinfektion eller vaccineret.
		3) HBsAg neg Anti-HBs neg	3) Modtagelig for hepatitis B virus- infektion. Indikation for vaccination

## Behandling

### *Henvisning til specialafdeling*

Alle patienter med kronisk hepatitis B bør henvises til specialafdeling (infektionsmedicinsk eller gastroenterologisk afdeling) med henblik på yderligere udredning, rådgivning og vurdering af behandlingsindikation.

### *Kontrol*

Uanset, hvor patienten bliver fulgt, bør der årligt tages følgende blodprøver: **HBsAg, HBeAg + anti-HBe\***, HBV-DNA, ALAT og alfa-føtoprotein

\* kun såfremt patienten ved den foregående blodprøvekontrol har været HBeAg positiv.

Patienter med overstået hepatitis B er HBsAg negative og anti-HBs positive, jf. figur 5, og skal blot informeres om, at de i kraft af overstået HBV infektion har livslang immunitet.

#### *Behandling af akut hepatitis B*

Ingen specifik behandling. Kost og sengeleje efter patientens behov. Alkoholafholdenhed anbefales.

#### *Behandling af kronisk hepatitis B*

Behandling af hepatitis B er en specialisopgave, som bør tilbydes alle patienter med kronisk hepatitis B, hvor leverbiopsi har vist moderate til svære inflammatoriske forandringer og/eller fibrose, eller hvor gentagne leverbiopsier har vist en progression i de histologiske forandringer.

- Behandlingen er peroral daglig nukleosid/nukleotid analog i 12 måneder, muligvis i længere tid, og eventuelt i kombination med pegyleret interferon som subkutan injektion 1 x ugentlig i 24 uger. Der er kun få og lette bivirkninger til nukleosid/nukleotid analog behandling. Hos flertallet af patienterne ses bivirkninger til pegyleret interferon i form af influenzalignende symptomer, vægttab, emotionel ustabilitet, impotens, kløende udslæt, knoglemarvsdepression (leukopeni og trombocytopeni) og thyroidea forstyrrelser (som hos 5-10 % er irreversible), mest udtalt i de første måneder af behandlingen.
- Patienter med tidligere behandlingskrævende svær psykose eller depression bør vurderes af psykiater forud for en evt. behandling.
- Stofmisbrugere i stabil stofmisbrugsbehandling er ikke udelukket fra behandling. Et aktivt stof- og/eller alkoholmisbrug kan påvirke patientens kompliance i sådan en grad, at der er risiko for, at patienten ikke registrerer eventuelle symptomer på bivirkninger, som kan udvikles livstruende, eller at der efter veloverstået behandling er risiko for reinfektion. Compliance til behandling skal vurderes individuelt ved samarbejde med specialafdeling og kommunale behandlingsinstitution for stofmisbrug.
- Personer i behandling bør optimalt tilrådes fuldstændigt at ophøre med alkoholindtag eller alternativt at begrænse alkoholindtagelsen mest muligt.

#### *Effekt af behandlingen*

Eradikation af hepatitis B virus er (modsat ved behandling af hepatitis C) ikke mulig, og det primære formål med behandling er derfor at undertrykke virus så meget som muligt, så længe som muligt, i håbet om at undgå histologiske og kliniske senfølger.

### **Vaccination:**

Se afsnit 3.3 i dette kapitel.

## **3.2.4 Hepatitis C**

### **Udbredelse**

I Danmark antages cirka 15.000 mennesker at have kronisk hepatitis C infektion.

Hidtil har det været antaget, i overensstemmelse med internationale studier, at ca. 90 % af intravenøse stofmisbrugere i Danmark er smittet med hepatitis C. De nyeste danske undersøgelser tyder dog på en faldende incidens.

Hepatitis C er den hyppigste (60 %) årsag til hepatocellulært carcinom, 40 % af de terminale levercirroser skyldes hepatitis C, og hepatitis C virus er nu den hyppigste årsag til levertransplantation i USA. Det anslås, at der i henholdsvis Vesteuropa samt USA vil ske en stigning i antallet af dødsfald fra de nuværende 10.000 årligt til 30.000 årligt i løbet af de kommende 10-20 år, medmindre en effektiv behandling kan ændre dette.

### **Smitterisiko og smitteveje**

Hepatitis C virus smitter overvejende via blod ved nålestik. I den industrialiserede verden er intravenøst stofmisbrug den hyppigste smittevej. Man regner med, at halvdelen af alle, der har påbegyndt et intravenøst stofmisbrug, smittes med hepatitis C inden for et år. Efter 3-5 år er cirka 80 % smittede.

HCV-RNA er påvist i blod, spyt, tårevæske, sæd, ascitesvæske, cerebrospinalvæske, men på trods af dette synes der ikke at være en udbredt transmission via andet end blod og blodprodukter. Dog er der set transmission via blodforurening af slimhinder.

Seksuel transmission af hepatitis C er overordentlig sjælden, og hepatitis C-diskordante par (hvor den ene part har hepatitis C, og den anden ikke har) anbefales ikke konsekvent anvendelse af kondom. Dog anbefales det, at man ikke har ubeskyttet sex i forbindelse med menstruation, udbrud af genital herpes eller ved analsex.

Vertikal transmission fra en kronisk hepatitis C inficeret mor til barn i forbindelse med fødslen er sjælden (< 5 %), lidt højere hos HCV/HIV co-inficerede mødre, og giver ikke anledning til anbefaling af kejsersnit. Graviditet og amning frarådes ikke.

I de fleste opgørelser er det stadig op til 10-40 % af smitteoverførslen, der må rubriceres som ukendt. Det er væsentligt at fokusere på denne ”ukendte” gruppe, der kan indeholde en række allerede erkendte smitteveje samt nye endnu ikke erkendte. Piercing og tatovering er sandsynlige kilder til smitte,

men undersøgelser har ikke kunnet dokumentere dette. Personer, der har haft et kortvarigt stofmisbrug, som de senere ikke vil erkende, kan være rubriceret som ukendt smitteoverførsel.

### Sygdomsforløb

Inkubationstid fra smitte til symptomdebut ved akut hepatitis C er i gennemsnit 7 uger, men 50-75 % af akut hepatitis C forløber asymptomatisk. Hvis infektionen giver symptomer, er sygdomsbilledet oftest sløvt og ukarakteristisk med træthed, kvalme, opkastning, evt. ikterus med beskedne transaminaseforhøjelse. Fulminant hepatitis er sjælden.

De fleste smittede (60-80 %) udvikler kronisk infektion, der defineres som påviselig anti-HCV og HCV-RNA i mere end 6 måneder. Hvis der først udvikles kronisk infektion, ser man sjældent spontan helbredelse. Hos flertallet af patienterne med kronisk hepatitis C infektion er der ingen symptomer, før der evt. udvikles cirrose. Cirka 20 % af patienter med kronisk infektion, udvikler cirrose over en 20-årig periode. Efterfølgende er der risiko for udvikling af hepatocellulært carcinom hos 1-4 % årligt hos patienter med etableret cirrose.

Hos de, der ikke er kronisk inficerede, er det vigtigt at vide, at tilstedeværelsen af anti-HCV ikke giver anledning til immunitet, således at re-infektion kan forekomme ved ny eksposition for hepatitis C virus.

### Diagnostik

Da hepatitis C virusinfektion sjældent giver karakteristiske symptomer, før end kronisk aktiv hepatitis er blevet kompliceret med cirrose, er det vigtigt at være opmærksom på og undersøge for HCV alene på mistanken.

Anti-HCV kan først påvises ca. 8 uger efter ekspositionen, og hos immuninkompetente personer kan det vare betydeligt længere.

Figur 6: HCV

Klinisk problemstilling	Analyser	Udfald	Tolkning
Akut hepatitis C	HCV-RNA Anti-HCV	HCV-RNA pos Anti-HCV pos > 8 uger efter eksposition	Akut hepatitis C
Kronisk hepatitis C	HCV-RNA Anti-HCV	HCV-RNA pos i > 6 mdr. Anti-HCV pos i > 6 mdr.	Kronisk hepatitis C
Overstået hepatitis C	HCV-RNA Anti-HCV	HCV-RNA neg Anti-HCV pos	Overstået hepatitis C infektion



## Behandling

### *Henviſning til specialafdeling*

Alle patienter, der er fundet anti-HCV og HCV-RNA-positive, bør henviſes til specialafdeling (infektionsmedicinsk eller gastroenterologisk afdeling) for yderligere diagnostik, rådgivning og vurdering med henblik på behandling.

### *Kontrol*

Uanset, hvor patienten bliver fulgt, bør der årligt tages følgende blodprøver:

### HCV-RNA, ALAT og alfa-føtoprotein

Ved ALAT > 2 x øvre normalgrænſe bør udføres leverbiopsi, såfremt man vurderer, at patienten vil kunne gennemføre behandling.

Ved fremskreden cirrose bør der halvårligt yderligere foretages ultralydscanning for leverkarcinom.

### *Medicinsk behandling*

#### *Akut hepatitis C*

En enkelt undersøgelse har vist, at tidlig behandling af akut hepatitis C med interferon medfører, at 98 % blev vedvarende virusfri efter 24 ugers behandling. Man anbefaler derfor aktuelt behandling for akut hepatitis C med pegyleret interferon 1 x ugentlig i 24 uger. Hos personer, der samtidig er HIV inficerede, suppleres behandlingen med ribavirin. De fleste personer, der smittes med HCV og klearer infektionen, gør det inden for 12 uger efter smittetidspunktet, hvorfor man anbefaler, at behandlingen først iværksættes 12 uger efter det formodede smittetidspunkt.

#### *Kronisk hepatitis C*

Behandling tilbydes patienter med kronisk hepatitis C, hvor leverbiopsi har vist moderate til svære inflammatoriske forandringer og/eller tilsvarende fibrose, eller hvor gentagne leverbiopsier har vist en progression i de histologiske forandringer. Behandlingen er aktuelt en kombination af pegyleret interferon som subkutan injektion 1 x ugentlig og ribavirin peroralt. Behandlingstiden varierer med genotypen, således at patienter med genotype 1 og 4 behandles i 48 uger og patienter med genotype 2 og 3 i 24 uger. For bivirkninger til pegyleret interferon henviſes til tidligere afsnit 3.2.3: Behandling af kronisk hepatitis B. Hyppigste bivirkning til behandling med ribavirin er anæmi og blodbilledet skal derfor følges nøje under behandlingen.

Graviditet: Ribavirin må ikke anvendes under graviditet. For kvinder skal der foreligge en negativ graviditetstest, førend behandling påbegyndes. Der skal anvendes sikker prævention under behandling og 6 måneder efter behandlingens ophør. For mandlige patienter gælder, at deres kvindelige partnere

skal anvende sikker antikonception under behandling og 6 måneder efter behandlingens ophør. Mandlige patienter med gravide partnere skal anvende kondom for at minimere eventuel overførsel af ribavirin til partneren.

Stofmisbrugere i stabil behandling er ikke udelukket fra behandling. Et aktivt stof- og/eller alkoholmisbrug kan påvirke patientens kompliance i sådan en grad, at der er risiko for, at patienten ikke registrerer eventuelle symptomer på bivirkninger, som kan udvikles livstruende, eller at der efter veloverstået behandling er risiko for reinfektion. Compliance til behandling vurderes individuelt ved samarbejde mellem specialafdeling og kommunale behandlingsinstitution for stofmisbrug.

Personer i behandling bør optimalt tilrådes fuldstændigt at ophøre med alkoholindtag eller alternativt at begrænse alkoholindtagelsen mest muligt.

#### *Effekt af behandlingen*

Vedvarende behandlingseffekt (helbredelse), defineret som negativ HCV-RNA 24 uger efter ophør med behandling, opnås hos cirka 40 % med genotype 1 og 4 og cirka 80 % med genotype 2 og 3.

#### **Vaccination**

Der er ikke udviklet vaccine mod hepatitis C.

### **3.2.5 Human Immundefekt Virus (HIV)-infektion**

#### **Udbredelse**

Ca. 0,1 % af den danske befolkning er smittet med HIV. Visse befolkningsgrupper har særlig høj forekomst, i Danmark er det især mænd, der har sex med mænd og intravenøse stofmisbrugere.

Intravenøse stofmisbrugere udgør ca. 5 % af det årlige, nyfundne antal HIV-smittede.

HIV-prævalensen blandt intravenøse stofmisbrugere i Danmark er meget lav, cirka 4-6 %, sammenlignet med andre europæiske lande og USA. Fx findes i New York en prævalens på 50 %.

#### **Smitteveje og smitterisiko**

Smitten sker gennem blod, fx i forbindelse med risikoadfærd ved intravenøst stofmisbrug, ved sex og ved vertikal smitte fra smittet moder til barn. Der er ikke sikker viden om, hvor stor risikoen er for smitte ved et samleje. I gennemsnit er den skønsmæssigt vurderet til ca. 0,5 %. Smitten fra mor til barn er 25-30 % og sker hyppigst under fødslen, men kan også ske i løbet af graviditeten eller ved amning. Ved medicinsk behandling (se nedenfor), fødsel ved kejsersnit og undladelse af amning reduceres risikoen for mor-barn-smitte til

< 1 %. Det kan ikke på forhånd afgøres, om en person smitter meget eller lidt, men der er sammenhæng mellem smitterisiko og mængden af virus i sæd og skedesekret. En person i effektiv kombinationsbehandling, hvor virustallet er meget lavt, vil være mindre smitsom end en person, der ikke er i behandling. Derimod vil en person, hvis behandling ikke er effektiv, kunne smitte med et virus, der er modstandsdygtig over for behandling.

Risiko for infektion efter stikuheld med kanyler forurenede med HIV er cirka 0,3 %.

### **Sygdomsforløb**

Primær (akut) HIV infektion ses 1-3 uger efter smitte hos cirka halvdelen af de HIV-smittede. Symptomerne er influenzalignende, med muskelsmerter og feber, udslæt, lymfeknude svulst og pharyngitis. Fordi symptomerne minder om en uspecifik virusinfektion, erkendes den primære HIV-infektion kun sjældent. Symptomerne svinder spontant, og der kan herefter gå 5-10 år uden at patienten har symptomer på HIV-smitte. Efterhånden som immunsystemet påvirkes og antallet af CD4-celler falder, vil patienten blive modtagelig for infektioner, som hos personer med et normalt fungerende immunforsvar ikke giver anledning til sygdom. Disse infektioner kaldes opportunistiske infektioner. Ved samtidig forekomst af HIV + en opportunistisk infektion, har patienten per definition AIDS (Akkvisit (erhvervet) Immun Defekt Syndrom). Eksempler på opportunistiske infektioner er Pneumocystisk Carinii Pneumoni (PCP), Tuberkulose, Atypisk Mykobakteriose, Toxoplas-mose, Candida-Oesophagitis, Cytomegalovirus-infektioner samt andre sygdomme som Lymfom, Kaposi Sarkom og Cancer Cervicis Uteri. Sidstnævnte er årsag til at alle HIV-smittede kvinder bør kontrolleres minimum en gang årligt med smear-undersøgelse fra livmoderhalsen.

### **Diagnostik**

< 3 måneder efter smitte (primær HIV-infektion): Positiv HIV-RNA i plasma, positiv HIV-DNA i celler.

> 3 måneder: anti-HIV positiv.

### **Henvisning til specialafdeling**

Alle med påvist HIV-smitte henvises til specialafdeling.

### **Behandling**

I Danmark er der indikation for behandling såfremt:

- CD4 tallet er under 300/Ål
- Patienten har kliniske symptomer på HIV
- Patienten har akut HIV-infektion
- Patienten er gravid

Behandlingsprincippet er anvendelse af 3 antiretrovirale midler, fra minimum to forskellige grupper, typisk to nukleosid analoger og enten en non-nukleosid analog eller en proteasehæmmer. De aktuelt anvendte antiretrovirale midler er nukleosid revers transkriptase inhibitorer, non-nukleosid revers transkriptase inhibitorer, som begge, på hver sin måde, hæmmer revers transkriptasen, og proteasehæmmere, som hæmmer HIV's protease ved at binde sig direkte til enzymet. Effekt af behandling monitoreres ved kontrol hver 3. måned af CD4 tal og HIV-RNA. Optimal behandlingseffekt er et maksimalt supprimeret HIV-RNA og et heraf følgende stigende CD4 tal inden for referenceværdi.

Det er yderst vigtigt, at alle gravide kvinder, som har en mulig risiko for at have været udsat for HIV-smitte (herunder tidligere eller aktive stofmisbrugere samt personer fra - eller med partnere fra - områder med høj endemisk forekomst af HIV), får foretaget en HIV-test. HIV-positive gravide kvinder skal, såfremt de ikke allerede er i antiretroviral behandling, starte behandling fra 14. graviditetsuge for at forhindre smitteoverførsel fra mor til barn. Kvinden skal behandles med intravenøs zidovudin under fødslen. Barnet skal have medicin i 4 uger efter fødslen og må ikke ammes. Varetagelse og behandling af HIV smittede kvinder i forbindelse med graviditet, fødsel og amning er en specialistopgave, som sker i samarbejde mellem infektionsmedicinske, gynækologiske og pædiatriske afdelinger på henholdsvis Hvidovre Hospital, Odense Universitetshospital og Skejby Sygehus.

Der henvises i øvrigt til Dansk Selskab for Infektionsmedicins hjemmeside: [www.dsinfm.dk](http://www.dsinfm.dk) for opdaterede retningslinjer.

**Bivirkninger:** Der forekommer en del bivirkninger til antiretroviral behandling, hvoraf de aktuelt hyppigste er ændret fedtfordeling og en øgning af kolesterol og triglycerid i blodet. Det er endnu uafklaret, om disse forandringer giver øget risiko for kardiovaskulære følgetilstande.

### **Vaccination**

Der er ikke udviklet en vaccine mod HIV.

## **3.3 Vaccination mod hepatitis A og B**

I henhold til Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 746 af 29. juni 2006 om gratis hepatitisvaccination af særligt udsatte persongrupper kan

- injektionsmisbrugere, som ikke har været smittet med hepatitis B, gratis vaccineres mod hepatitis B. Vaccinen gives i form af en kombineret vaccine, der tillige beskytter mod smitte med hepatitis A, medmindre anvendelse af kombinationsvaccine ud fra en lægelig vurdering anses for uegnet og

- personer, der bor sammen med en person med kronisk hepatitis B infektion, samt faste seksualpartnere til en person med kronisk hepatitis B, kan gratis vaccineres mod hepatitis B infektion, men ikke gratis mod hepatitis A.

Det anbefales at udføre serologisk testning inden vaccination for at afgøre, om stofmisbrugeren allerede har eller har haft hepatitis A og/eller B infektion. Undersøgelse og vaccination af pårørende tilrettelægges herefter. Hvis en person tidligere har haft hepatitis B, skal der ikke vaccineres med den kombinerede vaccine (Twinrix), men man må vaccinere udelukkende mod hepatitis A (Havrix).

Stofmisbrugere har en høj incidens af HBV og lav complians ved vaccination. Der bør derfor vælges et hurtigt regime, afhængigt af hvor stabil kontakten er til patienten.

Vaccination med kombineret Hepatitis A + B vaccination: Twinrix®:

Administration: 1 ml intramuskulært i musculus deltoideus til tiderne 0, 1 og 6 måneder. Hvis der ønskes hurtigere immunisering, kan de 3 doser gives til tiden 0, 7, 21 dage og en fjerde dosis gives da efter 12 måneder.

Hvis stofmisbrugeren har haft hepatitis A, anvendes

Vaccination mod hepatitis B: Engerix-B®, 20 ðg/ml.

Administration: 1 ml intramuskulært i musculus deltoideus, givet til tiden 0, 1 og 6 måneder. Hvis der ønskes hurtigere immunisering, kan de 3 doser gives til tiden 0, 7, 21 dage og en fjerde dosis gives da efter 12 måneder.

Efter fuldendt vaccination kan forventes en beskyttelse på mindst 15 år hos > 90 %.

Ved afbrudt vaccination gives booster henholdsvis Engerix-B®, 20 ðg/ml 1 ml eller Twinrix®, afhængigt af vaccinationsregi, med 1 måneds mellemrum til patienten har fået i alt 3 doser.

Udgiften til hepatitis B-vacciner (Twinrix®: Engerix-B®) afholdes i henhold til Indenrigs- og Sundhedsministeriets bekendtgørelse nr. 746 af 29. juni 2006 af regionerne. Vaccinen rekvireres gratis på Statens Serum Institut ved angivelse af ydernummer for lægen og cpr.nummer for patienten. Hvis den vaccinerende læge ikke har overenskomst med Sygesikringen, vil Statens Serum Institut - på den rekvirerende læges anmodning - fremsende separat faktura til rekvirenten, som derefter videresender fakturaen til den relevante forvaltning i kommunen.

Udgiften til hepatitis A vaccination: (Havrix®) er ikke omfattet af bekendtgørelsens regler om offentlig betaling. Dette problem anbefales løst lokalt.

### 3.4 Rådgivning af stofmisbrugere vedr. smitteoverførsel og forholdsregler ved hepatitis B og C samt HIV

Rådgivningssamtalen med stofmisbrugeren kan være vanskelig. De relativt komplicerede forhold omkring blodoverførte virale infektioner kan dels være svære at formidle for lægen og dels være svære at forstå, acceptere og ikke mindst huske for patienten. Angst for sygdommenes alvor kan skabe en barriere for modtagelse af informationen. Ofte er stofmisbrugerens livssituation præget af mere eller mindre akutte problemstillinger, som dominerer dagsordenen i konsultationen og som kan handle om alt fra medicinering, fysiske eller psykiske problemer til sociale vanskeligheder. Evt. kan stofmisbrugeren også være påvirket af diverse rusmidler.

Nedenstående huskeliste til rådgivning af stofmisbrugere vedr. smitteoverførsel og forholdsregler ved hepatitis B og C samt HIV er et hjælpeværktøj til lægens rådgivningssamtale med stofmisbrugeren. Enhver stofmisbruger i behandling bør modtage informationen i huskelisten, også gerne skriftligt.

Figur 7: Huskeliste til rådgivning af stofmisbrugere vedr. smitteoverførsel og forholdsregler ved hepatitis B og C samt HIV

	Hepatitis B	Hepatitis C	HIV
Undgå smitte ved altid kun at bruge eget, rent værktøj. Dvs. ved altid at anvende sterile kanyler og sprøjter. Brug kun egne skeer, filtre, skyllevand, snifferør m.m., og del aldrig med andre.	+	+	+

	Hepatitis B	Hepatitis C	HIV
Oplys om helt konkrete muligheder for adgang til rene kanyler, sprøjter og skyllevand samt håndtering og afskaffelse af brugt værktøj.	+	+	+
Sikre kendskab til utilstrækkelig effekt af klorrensning af kanyler/sprøjter.	+	+	+
Undgå at dele tandbørste og barbermaskine/skraber med andre, da smitte kan foregå ved små mængder blod.	+	+	+
Undgå seksuelle praktikker, der indebærer kontakt mellem slimhinder og sæd/blod.	+	(+)	+
Anbefal kondom ved enhver seksuel omgang.	+	(-) Dog anbefales det, at man ikke har ubeskyttet sex i forbindelse med menstruation, udbrud af genital herpes eller ved anal sex.	+
			Det er strafbart at have usikker sex, hvis man er viden om sin HIV-smitte og undlader at oplyse om dette.

	Hepatitis B	Hepatitis C	HIV
Undersøgelse af seksualpartnere og husstand.	<b>+</b> Ved kronisk hep. B Gratis vaccination	<b>-</b>	<b>-</b>
Specielle restriktioner for omgang i familien i forhold til hygiejniske foranstaltninger.	<b>-</b>	<b>-</b>	<b>-</b>
Stofmisbrugere må ikke være bloddonorer.	<b>+</b>	<b>+</b>	<b>+</b>
Smitteoverførsel fra mor til barn.	<b>+</b> Rutinemæssig screening ved 1. graviditetsundersøgelse mhp. vaccination og passiv immunisering af det nyfødte barn få timer efter fødslen.	<b>+</b>	<b>+</b> Varetagelse af HIV-smittede kvinder i forbindelse med graviditet/fødsel/amning er en specialisopgave (infektionsmedicin, obstetrisk og pædiatriske afdelinger).

### 3.5 Undersøgelingsprogrammer for hepatitis A, B og C og HIV

Formålet med screeningsprogrammer for hepatitis og HIV hos stofmisbrugere er at afgøre, om stofmisbrugeren er smittet og i givet fald, hvorvidt der er tale om en overstået eller kronisk infektion for derefter at handle ud fra de givne fund.



Figur 8: Smittet eller ikke smittet?

**Stofmisbrugeren er ikke smittet**

Er der indikation for vaccination?

**Stofmisbrugeren er smittet**

Er der tale om en overstået infektion?

Er der tale om en kronisk infektion?

Er der indikation for henvisning til specialafdeling?

Arbejdet bør tilrettelægges således, at der kan sikres nem og hurtig adgang til blodprøvetagning på nyindskrevne, enten udført lokalt ved læge/laborant eller ved henvisning til laboratorium - evt. med personalestøtte for at sikre gennemførelsen.

I nedenstående skemaer er angivet, hvilke blodprøver der bør tages, og hvordan resultaterne skal tolkes.

### 3.5.1 Vejledende serologiske undersøgelsesprogrammer for hepatitis A, B og C samt HIV

Figur 9: Hepatitis A

Flg. blodprøver ordineres: **HAV-total**

**Total HAV**

Hvis **negativ**: Patienten har ikke /har haft hepatitis A

Indikation for vaccination (Havrix eller Twinrix, afhængig af hepatitis B-status)

Hvis **positiv**:

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

## Figur 10: Hepatitis B

Flg. blodprøver ordineres: HBsAg, 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.

*Henvielse til specialafdeling*

Hvis **negativ**: Ikke hepatitis B. Kontrol 1 x årligt

■ og samtidig anti-HBs **positiv**: Immuniseret

## Figur 11: Hepatitis C

Flg. blodprøver ordineres: HCV-antistof

HCV-antistof:

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

Hvis **negativ**: Pt. har ikke hepatitis C. Yderligere blodprøver ikke nødvendige. Kontrol 1 x årligt

HCV-RNA

Hvis **positiv**  $> 6$  mdr.: Kronisk hepatitis C.

*Henvielse til specialafdeling*

Hvis **negativ**: Overstået hepatitis. Kontrol 1 x årligt

Figur 12: HIV

Flg. blodprøver ordineres:	HIV-antistof
HIV-antistof	Hvis <b>positiv</b> : Patienten er smittet med HIV-virus. <i>Henvisning til specialafdeling</i> Hvis <b>negativ</b> : Patienten er ikke smittet med HIV-virus, eller patienten er smittet med HIV-virus, men har endnu ikke udviklet antistoffer. Kontrol 1 x årligt

### 3.6 Henvisning til specialafdeling

Samarbejde mellem infektionsmedicinske afdelinger og stofmisbrugsbehandlingsinstitutioner er vigtig, så smittede stofmisbrugere hurtigt kan henvises til specialafdeling for yderligere diagnostik, rådgivning og vurdering med henblik på løbende kontrol og/eller behandling. Henvisning til behandling og kontrol kan evt. suppleres med støtte- eller følgeordninger for at sikre gennemførelsen.

### 3.7 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 partnere eller vælge at bede om assistance. Nogle vil nægte at opgive navne/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 med patienten.

For en nærmere uddybning af ovenstående forhold henvises til

- Sundhedsstyrelsens vejledning for diagnose og behandling af seksuelt overførbare sygdomme<sup>(14)</sup>
- Sundhedsstyrelsens råd til sundhedspersonale vedr. sundhedsfremmende og smitteforebyggende rådgivning af mennesker, der findes HIV-smittede<sup>(24)</sup>.

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

Udsættelse for hepatitis B, C og HIV smitte kan ske i forbindelse med:

- Omgang med forurenede kanyler og sprøjter i forbindelse med stofmisbrug og tatovering/piercing.
- Uheld, der medfører hudpenetration af sandsynligt inficeret materiale (stikuheld).
- Sprøjt af sandsynligt inficeret blod på slimhinder eller ikke-intakt hud.
- Ubeskyttet sex med inficeret partner.

Risikoen for infektion efter stikuheld med forurenede kanyler er for HIV cirka 0,3 %, for HCV cirka 3 % og for HBV cirka 30 %.

*Førstehjælp:* Afvaskning af eksponeret hud eller slimhinder med vand og sæbe samt desinfektion af eventuelle hudlæsioner med 2,5 % jodspiritus eller alkoholopløsning.

**Hepatitis B:** Smittekilden undersøges om muligt for HBsAg.

Hvis smittekilden eller dennes smittestatus er ukendt eller pågældendes smittestatus er kendt positiv, indledes straks vaccination af den eksponerede. Så vidt det er muligt tages også blodprøve på eksponerede af hensyn til vurdering af immuniteten (anti-HBs, HBs Ag).

Der kan ikke anføres et tidsrum, efter hvilken vaccination ikke antages at have nogen beskyttende effekt, hvorfor der også 1 uge efter uheldet kan startes vaccination. Uanset om skadelidte er tidligere hepatitisvaccineret, gives første vaccinedosis. Hvis det efterfølgende viser sig, at den tidligere vaccinerede skadelidte har anti-HBs > 10 IU/l, undlades yderligere vaccinationer.

Ved vaccination efter eksposition gives 4 doser givet til tiden 0, 1, 2 og 12 måneder.

**Hepatitis C:** En person med kendt udsættelse for hepatitis C-virus bør undersøges for anti-HCV så tidligt som muligt efter udsættelsen og igen efter 4-6 måneder. Ønskes tidligere diagnostik af eventuel hepatitis C-infektion, tages HCV-RNA 4-6 uger efter eksponering. Flere undersøgelser tyder på, at behandling med interferon nedsætter risikoen for at udvikle kronisk infektion. Det anbefales at vente til 12 uger efter formodet smittetidspunkt med at behandle.

**HIV:** Ved mulig HIV-eksposition skal der straks tages kontakt til specialafdeling med henblik på rådgivning og vejledning af den uheldsramte. I retrospektive undersøgelser har post-exposure profylakse med zidovudin vist sig at reducere risikoen for smitte med ca. 75 % (fra 0,3 % til 0,1 %). Behandlingen, som er 4 ugers peroral kombinationsbehandling, skal indledes hurtigst muligt og helst inden for 24 timer efter uheldet for at have effekt.

### 3.8.1 Organisation af rådgivning og vaccination ved uheld, der medfører eksposition for hepatitis B, C og HIV

Personer kan umiddelbart efter formodet eksposition henvises til risikovurdering og behandling på skadestue på det nærmeste sygehus, der har samarbejde med infektionsmedicinsk afdeling, blodbank og klinisk mikrobiologisk afdeling.

## 3.9 Oversigt over anvendt nomenklatur

---

### Hepatitis A

HAV	Hepatitis A virus
Anti-HAV	Antistoffer rettet mod hepatitis A virus
Anti-HAV IgM	Antistoffer af IgM-klasse rettet mod hepatitis A

---

### Hepatitis B

HBV	Hepatitis B virus
HBV DNA	Hepatitis B virus DNA
HBsAg	Hepatitis B virus "surface" antigen
Anti-HBs	Antistoffer rettet mod hepatitis B virus "surface" antigen
HBeAg	Hepatitis B virus "e" ("matrix") antigen
Anti-HBe	Antistoffer mod hepatitis B "e" ("matrix") antigen
HBcAg	Hepatitis B virus "core" antigen
Anti-HBc	Antistoffer mod hepatitis B virus "core" antigen
Anti-HBcIgG	Antistof af IgG-klasse rettet mod hepatitis B "core" antigen
Anti-HBcIgM	Antistoffer af IgM-klasse rettet mod hepatitis B virus "core" antigen

---

### Hepatitis C

HCV	Hepatitis C virus
Anti-HCV	Antistoffer rettet mod hepatitis C virus
HCV-RNA	Hepatitis C virus RNA

---

## 4. Bilag til kapitel 7

### 4.1 Forekomsten af psykiske lidelser ved stofmisbrug

Ved psykiatrisk komorbiditet hos stofmisbrugere, defineret af WHO i 1995, forstås ”samtidig forekomst hos den samme person af forstyrrelser forårsaget af brug af psykoaktivt stof og andre psykiske forstyrrelser”.

Generelt er det vanskeligt at skelne mellem primær eller sekundær psykiatrisk komorbiditet ved rusmiddelmisbrug/afhængighed. Oftest er der tale om komplekse tilstande og problemer med en multifaktoriel årsagssammenhæng. De senere års undersøgelser viser, at der hos 60-70 % af stofmisbrugere i behandling findes en psykiatrisk lidelse, og livstidsprævalensen for psykiatrisk lidelse ved stofmisbrug er ca. 90 %.

Psykiatrisk lidelse kan gøre det svært at gennemføre en behandling for misbrugsproblemer og indtagelse af rusmidler kan forværre forløbet af en psykisk sygdom, fx ved at forværre symptomerne eller forhindre gennemførelse af behandlingen.

Hyppigt forekommende psykiatriske tilstande er alvorlige adfærds- og personlighedsforstyrrelser, typisk i den dyssociale eller emotionel ustabile form, men ofte ses også nervøse og stressrelaterede tilstande samt affektive sindslidelser i forbindelse med stofmisbrug. Forekomsten af skizofreni og andre psykotiske tilstande blandt stofmisbrugere er på ca. 10 %. Der er en betydelig overlapning af de dominerende diagnostiske kategorier hos patienter med psykiske forstyrrelser og stofmisbrug, og hyppigheden af de enkelte diagnosekategorier angives med betydelig spændvidde i forskellige kliniske undersøgelser. Den store variation skyldes bl.a. anvendelse af forskellige diagnostiske kriterier og undersøgelsesernes manglende sammenlignelighed.

Der er en øget hyppighed af selvmordsforsøg blandt stofmisbrugere, og livstidsrisikoen for selvmord blandt stofmisbrugere er 10-15 %.

ADHD (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder) er DSM-IV betegnelsen og den internationalt mest anvendte betegnelse for den psykiatriske lidelse hos børn, der på dansk og efter WHO ICD-10-klassifikationen kaldes hyperkinetisk forstyrrelse. Hos ca. halvdelen persisterer tilstanden med mere eller mindre udtalte symptomer i voksenlivet. Hos voksne er psykiatrisk komorbi-

ditet (adfærdsforstyrrelser, depression, angst, misbrug) hyppig, hvorfor differentialdiagnostikken kan være vanskelig. I de senere år er tilstanden i internationale undersøgelser fundet hyppigt associeret med stofmisbrug hos voksne.

Forekomsten af stofmisbrug blandt psykisk syge er velkendt og meget højere end i den generelle befolkning. Således findes prævalensen for stofmisbrug hos psykisk syge at være ca. 20 %.

Det seneste skøn over antal stofmisbrugere, som Sundhedsstyrelsen har foretaget, viser, at der i 2007 var ca. 27.000 stofmisbrugere i den generelle befolkning i Danmark. Opgørelsen omfatter ikke det eksperimenterende stofforbrug, men estimerer antallet af personer, der har et mere vedvarende forbrug af narkotika, som medfører fysiske, psykiske og/eller sociale skader, jf. Sundhedsstyrelsens årsrapport "Narkotikasituationen i Danmark 2007".

## 4.2 Rusmiddeludløste psykiatriske symptomer/lidelser

Rusmiddeludløste psykiatriske symptomer spænder fra mild angst og depression (hyppigst) til egentlige psykotiske tilstande (sjældent). 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), tilbagetrækkethed. I realiteten kan alle rusmidler, taget i store mængder og tilstrækkelig længe, medføre en psykotisk tilstand.

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 over tid at vurdere de psykiatriske symptomer og deres relation til abstinens eller vedvarende misbrug. De fleste rusmiddeludløste psykiatriske symptomer remitterer eller bedres inden for timer eller dage efter ophør med indtag af rusmidlet, medmindre der er tale om længevarende ubehandlede abstinensstilstande, depressioner, psykotiske tilstande eller kroniske hjerneskader (demens, amnestisk syndrom). Ofte ses depressive symptomer i måneder efter ophør med især alkohol, uden at der er tale om en egentlig depression.

Misbruget af rusmidler har i de senere år skiftet karakter. I visse kredse - især blandt de unge - er det populært at blande sløvende rusmidler med centralstimulerende stoffer. De mest populære kombinationer er alkohol, hash og opiat er indtaget sammen med kokain, amfetamin eller ecstasy. Blandt de hårdest belastede opiatmisbrugere med lang stofmisbrugskarriere er der oftest tale om samtidigt benzodiazepin-, alkohol- og kokainmisbrug.

Betinget af forskellige halveringstider og tolerans for stofferne kan der optræde betydelige ændringer i ruspåvirkningen under en observationsperiode. Fx vil kokain med en halveringstid på ca. 30 minutter hurtigere være ude af blodet end alkohol. En patient med indtagelse af både alkohol og kokain vil således efter nogle timers observation pludselig kunne fremstå mere alkoholpåvirket, alene fordi den centralstimulerende virkning af kokain er ophørt.

Ved bedømmelse af en rusmiddelpåvirket patient er det vigtigt at fastslå, hvilke stoffer patienten har indtaget. Det, patienten tror at have indtaget, er ikke altid det, vedkommende har fået. Ofte kan illegale rusmidler også være tilsat diverse fortyndingsmidler, og fortyndingsmidlet kan være mere farligt end det egentlige rusmiddel. Andre gange tilsættes diverse stoffer for at intensivere et rusmiddels virkning. Anvendelse af urinalyser kan være en diagnostisk hjælp til at afgøre, hvilke reaktioner der vil kunne optræde, og hvad man dermed vil kunne forvente under en observationsperiode, se videre herom i bilag 5.

Der findes kun *antidoter mod opioider og benzodiazepiner*. Disse bør anvendes på bred indikation, fx ved mistanke om opioidforgiftning ved samtidig alkoholindtagelse.

Figur 13: Klinisk profil af psykoaktive stoffer

Virkning	Psykoaktive stoffer					
	Alkohol	Opioider	Cannabis	CNS-stimulantia	Sedativa	Hallucino- gener
Akut intoksicitet	++	+++	0	++	++	0
Abstinenssymptomer	++++	++++	+	+	++++	0
Abstinenskramper	++++	0	0	0	++++	0
Intoksikationspsykose	0	0	++	++++	0	+++
Delirøs abstinens- tilstand	++++	0	0	0	++++	0
Amnestisk syndrom	++	0	0	0	(+)	0
Stofinduceret psykose	++	0	++	+++	0	+++
Stofinducerede depressive symptomer	+	+	+	+++	+	+
Stofinduceret angst	+	+	+	+++	+	+++
Demens	+++	0	0	0	(+)	0

"Stofinduceret" betyder, at tilstanden ikke er begrænset til intoksikationsfasen.

Alkohol er medtaget til sammenligning.

+ betyder til stede og antallet af + refererer til sværhedsgrad.



### 4.3 Beskrivelse af de væsentligste rusmiddeludløste psykiatriske tilstande i henhold til kriterier i WHO ICD-10

De nedenfor anførte talkoder er de i ICD-10 anvendte diagnosekategorier, hvor x henviser til anvendte psykoaktive stof (ex. opioider F 11, cannabinoider F12). For nærmere klassifikation henvises til WHO ICD-10, Psykiske lidelser og adfærdsmæssige forstyrrelser.

#### **F1x.0: Akut intoksikation**

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.

#### **F1x.3: Abstinensstilstand**

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 indsat 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

#### **F1x.4: Delirøs abstinensstilstand**

En abstinensstilstand som defineret i F1x.3 og kompliceret med delirium som defineret i F05, organisk delir. Krampeanfald kan også optræde.

#### **F05: Delir (delirøs tilstand, bevidsthedsplumring)**

Organisk cerebralt syndrom karakteriseret af samtidigt optrædende forstyrrelse af bevidsthed og opmærksomhed, opfattelse, tænkning, hukommelse, psykomotorisk adfærd, følelser og søvn/vågen-rytme.

- A. Bevidsthedsuklarhed i form af nedsat opfattelse af omgivelserne og svækket opmærksomhed
- B. Kognitive forstyrrelser
  - a. Svækkelse af korttidshukommelse
  - b. Desorientering i tid, sted og egne data
- C. Psykomotorisk forstyrrelse med > 1 af flg.:
  - a. Hurtige skift fra hypo- til hyperaktivitet
  - b. Øget reaktionstid

- c. Øget eller nedsat talestrøm
- d Tendens til sammenfaren
- D. Forstyrret nattesøvn med > 1 af flg.:
  - a. Søvnløshed eller inverteret søvnrytme
  - b. Natlig forværring af symptomerne
  - c. Urolige drømme og mareridt
- E. Akut indsætten og fluktuerende forløb

### **F1x.5: Psykotisk tilstand**

En gruppe psykotiske fænomener, som optræder under eller umiddelbart efter brug af et psykoaktivt stof, men som hverken kan forklares ved akut intoksikation alene eller som del af en abstinensstilstand. Denne stofinducerede tilstand er karakteriseret ved hallucinationer, perceptionsforvrængninger, vrangforestillinger (ofte af paranoid karakter), psykomotoriske forstyrrelser (ekscitation eller stupor) og en abnorm affekttilstand, som kan variere fra intens frygt til ekstatiske tilstand. Sensoriet er sædvanligvis klart, men en vis grad af bevidsthedsplumring kan ses, dog ikke mere udtalt konfusion.

- A. Under, eller inden for 2 uger efter ophør af brug
- B. Psykotiske symptomer vedvarer i mere end 48 timer
- C. Varighed ikke over 6 måneder

### **F1x.6: Amnestisk syndrom fremkaldt af alkohol eller andre psykoaktive stoffer**

Et syndrom forbundet med kronisk udtalt svækkelse af hukommelsen for nyere og ældre data. Tidssans og rækkefølge af tidligere begivenheder er sædvanligvis forstyrret og indlæringssevnen for nyt materiale svækket. Konfabulation kan være udtalt. Andre kognitive funktioner er oftest relativt velbevarede og de anamnestiske defekter er langt mere udtalte end de øvrige forstyrrelser.

- A. (1) Defekt korttidshukommelse i en grad, der interfererer med dagligdagsaktiviteter
- (2) Reduceret langtidshukommelse
- B. Fravær af:
  - (1) defekt umiddelbar genkaldelse (1-3 min)
  - (2) bevidsthedsforstyrrelse
  - (3) demens
- C. Ingen objektiv eller anamnestisk evidens for relevant hjerneorganisk lidelse, undtagen alkoholisk encephalopati

### **F02.8: Demens ved intoksikationer**

Forgiftningsbetinget sygdom af hjernen, sædvanligvis af kronisk eller progressiv karakter med svækkelse af en række højere kortikale funktioner, herunder hukommelse, orientering, evne til at opfatte og tænke, indlæringskapacitet,

dømmeevne. Der er ikke bevidsthedsplumring. Foringelse af emotionel kontrol, social adfærd eller motivation. Kan være ledsaget af paranoide symptomer, hallucinationer, depressive symptomer.

#### 4.4 Oversigt over de væsentligste kliniske manifestationer i relation til stof- og medicinmisbrug samt principper for behandling

Vedr. indholdsstofferne i de illegale rusmidler henvises til Sundhedsstyrelsens overvågning af narkotika på det illegale marked i Danmark, hvori resultaterne af de retskemiske analyser af illegale stoffer på gadeplan publiceres i rapporterne ”Narkotika på gadeplan”.

##### 4.4.1 Opioider

**Omfatter: Heroin, morfin, metadon, buprenorfin, ketobemidon.**

Indtagelsesmåde: Pr. os, snifning, rygning, injektion, rektalt.

##### Akut intoksikation

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, 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 bevidsthedssvækkelse 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 hjerterytmier. Forgiftningen kan resultere i respirationsstop, hjerterstop og død. Manglende hosterefleks kan tidligt i forløbet medføre aspiration og obstruktion af luftveje.

##### Abstinenssymptomer

Efter kort tids opioidmisbrug kan der udvikles abstinenssymptomer, der viser sig ved rastløshed, irritabilitet, angst, førstethed, 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 opioidabstinenssymptomer 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.

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

### **Akut behandling**

#### *Akut intoksikation*

Ved overdosering gives antidot: Inj. Naloxon 0,4 mg/ml, ds. 2 ml intravenøst, om nødvendigt intramuskulært og evt. gentaget. Antidot kan udløse abstinenssymptomer. I øvrigt følges almindelige principper for behandling af respirations- og hjerteinsufficiens.

#### *Abstinensbehandling*

Behandling af opioide abstinenssymptomer følger de generelle vejledninger for iværksættelse af behandling med henholdsvis buprenorphin og metadon, se kapitel 8, afsnit 8.6.

#### *Abstinensbehandling ved blandingsmisbrug*

Der henvises til kapitel 9.

### **4.4.2 Cannabis; Tetra-hydro-cannabinol (THC):**

**Omfatter:** Hash, marihuana

**Indtagelsesmåde:** Rygning, pr. os

#### **Akut intoksikation**

Rusvirkningen viser sig ved en følelse af velvære, afslappelse, eufori, nedsat angst samt mindre aggressivitet. Der ses reduktion af de kognitive funktioner, som ytrer sig ved nedsat koncentrationsevne, manglende evne til at udvide opmærksomhedsfeltet, reduceret korttidshukommelse og indlæringsevne. Der ses forringet evne til at udføre komplicerede handlinger, og reaktionstiden er nedsat. Der forekommer perceptionsforstyrrelser, som har ligheder med hallucinogeners effekt, men i mindre udtalt grad. Sansendeindtryk forvrænges, kropsoplevelsen kan forvrænges, og fornemmelse af tid og rum kan ændres. Cannabisintoksikation kan give selvhenførende forestillinger, pseudo-hallucinationer og stemningssvingninger.

*De somatiske symptomer* ved cannabisindtagelse er takykardi, vasodilatation, konjunktival injektion, øget appetit, tørhed af slimhinder og evt. ortostatisk hypotension og besvimelse. I større doser kommer der koordinationsforstyr-

relser. Hos somatisk raske er der aldrig beskrevet dødsfald ved akut toksicitet med cannabis.

*Svær forgiftning* med høje doser cannabis kan forårsage toksisk, delirøs psyko-  
se med bevidsthedsuklarhed, desorientering, svækket korttidshukommelse,  
forstyrret tidsoptagelse, eufori eller dysfori, fragmenteret og usammenhæng-  
ende tænkning samt hurtigt skiftende hallucinationer og vrangforestillinger.  
Et toksisk delirium forsvinder sædvanligvis efter timer eller få dage.

### **Kronisk intoksikation**

*Amotivationsyndrom* er en følge af kronisk misbrug og ses ved kronisk indta-  
gelse af cannabis. Viser sig ved apati, passivitet, energiløshed, lettere kognitive  
forstyrrelser i form af svækket koncentration og hukommelse.

### **Abstinenssymptomer**

Efter ophør med cannabismisbrug kan ses abstinensstilstand med rastløshed,  
angst, søvnløshed, irritabilitet, øget aggressivitet, appetitløshed, diarré, øget  
puls, let forhøjet blodtryk og sveden. Symptomer debuterer ca. 10 timer efter  
sidste dosis og når maksimumintensitet efter 48 timer. Kan persistere i uger  
til måneder.

### **Psykiske lidelser forårsaget af cannabis**

De hyppigst forekommende bivirkninger af cannabis er angsttilstande, dysfo-  
ri, forbigående forfølgelsestilstande, kortvarige pseudohallucinationer og hu-  
kommelsesproblemer.

Foruden toksisk delir kan cannabis inducere akut, forbigående paranoid-hallu-  
cinatorisk psykoze, den såkaldte "hashpsykoze", som kan udvikles hos dispo-  
nede og vulnerable personer. Er antageligt relativt sjældent forekommende.  
Der hersker ikke sikkerhed om, hvorvidt "hashpsykosen" er et selvstændigt  
fænomen eller skal ses som led i en mere kronisk psykotisk tilstand på sigt.

Cannabisbrug kan hos disponerede og vulnerable personer udgøre en øget ri-  
siko for udvikling af skizofreni og andre langvarige psykoser senere i livet.  
Cannabisbrug kan ligeledes forværre symptomer i en bestående skizofreni til-  
stand. Cannabis anvendes ofte af personer lidende af skizofreni som selvmedi-  
ciner.

### **Akut behandling**

Den akutte rus aftager i løbet af tre til fem timer. Behandling består frem for  
alt i at skaffe rolige omgivelser og berolige patienten med, at tilstanden hur-  
tigt vil bedres i takt med at den akutte forgiftning aftager. Der er ingen speci-  
fik medikamentel behandling, men små doser af benzodiazepin kan være ind-  
iceret ved angst, agitation og søvnbesvær.

Den cannabis-inducerede paranoid-hallucinatoriske psykose, der ikke svinder efter få dage, kan indicere behandling med antipsykotika.

#### 4.4.3 Benzodiazepiner

**Omfatter:** Sedativa, hypnotika, anxiolytika

**Indtagelsesmåde:** Pr. os, injektion, (rygning)

##### **Akut intoksikation**

*Let til moderat intoksikation:* Nedsat angst, frigørelse af emotionelle hæmninger, velbehag, følelse af afslappethed, som kan gå over i varierende grader af bevidsthedssvækkelse med nedsat opmærksomhed, ligegyldighed, nedsat indprentningsevne, evt. anterograd amnesi (lignende alkoholisk "blackout"), nedsat evne til at udføre komplicerede bevægelser, forlænget reaktionstid, koordinationsproblemer, ataksi, dysartri, usikker gang og svajen i stående stilling.

Den såkaldte "paradokse effekt", karakteriseret ved aggressioner, fjendtlighed, vold (herunder drab, voldtægter og umotiveret berigelseskriminalitet) og i det hele taget en kaotisk adfærd med efterfølgende hukommelsestab, observeres med tiltagende hyppighed efter introduktion af de meget potente fluorerede benzodiazepiner (flunitrazepam). Personer, der er svært påvirkede af benzodiazepiner, skal behandles med største varsomhed og konfrontationer skal så vidt muligt undgås, så længe de er påvirkede.

*Svær forgiftning:* Kortvarig bevidstløshed indtræder efter 10 gange terapeutisk dosis hos ikke tilvænnede. Ved indtagelse af over 100 gange terapeutisk dosis er bevidstløsheden stadig ikke dyb, og blodtryk og respiration er kun svagt påvirkede. Letaldosis er ofte over 200 gange terapeutisk døgndosis. Kombination af benzodiazepinforgiftning og forgiftning med andet stof, fx alkohol, kan derimod være livstruende. Ved intravenøs indgift af benzodiazepin er der risiko for respirationsstop.

##### **Abstinenssymptomer**

Tremor, øget pulsfrekvens, ortostatisk hypotension, sveden, søvnløshed, angst, træthed, ubehag, psykomotorisk agitation, kvalme, opkast. Der kan opstå forbigående syns- og hørelshallucinationer eller taktile hallucinationer, illusioner og vrangforestillinger. Abstinenskrampeanfald forekommer hos ca. 25 %. Der kan ses bevidsthedsuklarhed, og tilstanden kan udvikles til en delirøs abstinensstilstand.

Jo større daglig dosis af benzodiazepin og jo længere forbruget har varet, des større er risikoen for svære abstinenssymptomer.

For benzodiazepiner med kort halveringstid (< 10 timer) kan abstinenssymptomer opstå 6-8 timer efter sidste dosis og nå maksimum efter 48 timer.

For benzodiazepiner med lang halveringstid (fx diazepam) kan der gå 7 dage efter sidste dosis, før der udvikles abstinenssymptomer, og abstinenssymptomerne opnår maksimumintensitet 10-12 dage efter sidste dosis.

### Akut behandling

#### *Akut forgiftning*

Den rene benzodiazepinforgiftning er sjælden en livsfarlig tilstand. Antidot er flumazil (Lanexat®) 0,3 ml givet langsomt intravenøst, evt. gentaget efter 1 minut, maksimumindgift er 2 mg.

Respirationsinsufficiens behandles efter vanlige principper.

#### *Abstinensbehandling*

- Efter indtag af benzodiazepiner inden for 4-6 uger kan seponering foregå over få dage
- Efter længere tids misbrug:
  - Langsom nedtrapning med præparat med lang halveringstid (fx chlordi-azepoxid). Døgn dosis reduceres med 10-20 % med 1-2 ugers interval. Der henvises til mere detaljeret anvisning i kapitel 9, afsnit 9.3.1
- Fuldt udviklet abstinensstilstand kan behandles med:
  - Klordiazepoxid (Risolid®) 50-100 mg 3-4 gange daglig, højst 600 mg i døgnet. Aftrappes over 10 dage.Der skal observeres for bevidsthedsændringer og krampeanfald.

#### 4.4.4 Centralstimulerende stoffer

##### Omfatter:

1. **Kokain, crack.** Indtagelsesmåde: Sniffing, rygning, injektion, pr. os.
2. **Amfetaminer.** Indtagelsesmåde: Sniffing, injektion, pr. os.
3. **Ecstasy (3,4 – methylen-dioxy-metamfetamin, MDMA).** Indtagelsesmåde: Pr. os, injektion.
4. **Khat.** Indtagelsesmåde: Pr. os ved at tygge blade fra planten catha edulis eller drikkes.

##### Akut intoksikation

Rusoplevelsen giver velvære, opstemthed, optimisme, øget energi, foretag-somhed, rastløshed, selskabelighed, snakkesaglighed, øget selvværdsfølelse, øget opmærksomhed, større følsomhed, frigørelse af følelsesmæssige hæmninger og nedsat dømmekraft. Der kan opstå anspændthed, irritabilitet, ag-gressivitet, angst, hyperopmærksomhed over for andres adfærd, vagtsomhed, selvhenførende tanker og forvirring.

I nedenstående skema er anført symptomer og objektive fund ved den lette, moderate og svære akutte intoksikation. Forgiftningsbilledet er tæt relateret til symptomerne ved serotonin-syndrom, malign hypertermi og malignt neuroleptikasyndrom

Figur 14: Symptomer og objektive fund ved forgiftning med centralstimulerende stoffer.

Let intoksikation	Moderat intoksikation	Svær intoksikation
Kvalme og opkast	Hyperaktivitet	Delirium
Mydriasis	Insomnia	Muskelrigiditet
Xerostomia	Konfusion	Koma
Trismus	Forhøjet kropstemperatur	Krampeanfald
Tremor	Øget muskeltonus	Hyponatriæmi
Rastløshed	Aggression	Hypotension
Blegthed	Panikangst	Kardiel arrytmie
Bruxismus (skære tænder)	Visuelle hallucinationer	Intracerebral blødning
Hyperrefleksi	Takypnø	Hyperthermi (>40°C)
Irritabilitet	Takykardi	Metabolisk acidose
Palpitationer	Hypertension	Nyreinsufficiens
		Rhabdomyolysis
		Hepatotoksisitet
		Respiratorisk distresssyndrom
		Dissimineret intravaskulær koagulation

### Kronisk intoksikation

Ved længevarende brug af centralstimulerende stoffer vil den stimulerende effekt ofte blive afløst af en hæmmende effekt på psykiske og fysiske funktioner. Der optræder tristhed, nedsat lystfølelse, træthed, psykomotorisk hæmning eller agitation, apati, passivitet, isolationstendens.

### Abstinenssymptomer

Få timer til dage efter brug optræder dysfori, hvileløshed, træthed, psykomotorisk hæmning eller agitation, søvnbesvær (insomnia eller hypersomnia). Ingen fysiske abstinenssymptomer.

### Psykiske lidelser forårsaget af centralstimulerende stoffer

Paranoid-hallucinatorisk psykose

Toksisk, delirøs psykose

Angsttilstande

Depression



### **Akut behandling**

Akut intoksikation i let og moderat grad bedres ofte spontant uden behandling i rolige omgivelser.

Angst, agitation, dysfori, aggressivitet og søvnløshed kan indicere behandling med benzodiazepiner.

*Psykotiske symptomer* behandles i den akutte fase med benzodiazepin. Ved intoksikation med centralstimulerende midler er der stor følsomhed over for bivirkninger af antipsykotika. Der er risiko for svære ekstrapyramidale bivirkninger, malign neuroleptikasyndrom eller status epilepticus. Hvis behandling med antipsykotika ikke kan undgås, bør der anvendes højdosis eller atypiske neuroleptika. Tilstanden vil altid skulle varetages i psykiatrisk regi.

Krampeanfald, kardiovaskulær og respiratorisk insufficiens behandles efter sædvanlige principper.

Behandling af delir foregår efter sædvanlige principper.

De stofinducerede psykiske tilstande (paranoid-hallucinatoriske psykoser, depressive tilstande, angsttilstande) kan indicere specifik behandling, hvis de ikke svinder spontant i løbet af dage.

#### **4.4.5 Hallucinogener**

**Omfatter:** LSD (Lysergsyre-diethylamid), meskalin (kaktusart), psilocybin (svampeart), ketamin (narkosemiddel)

Indtagelsesmåde: Pr. os

#### **Akut intoksikation**

Hallucinogenrusen giver ændret perception og forstyrrelser af tænkning og følelser. Sansindtryk bliver intense, skarpe og detaljerede. Strukturering af sansindtrykkene forandrer sig; rumoplevelsen ændres, tidsfornemmelse forsvinder. Der kommer illusionære oplevelser. Der kan forekomme ”ud af kroppen oplevelser”, depersonalisations- og derealisationsoplevelser. Tænkningen er præget af livlige associationer, fantasien flyder frit. Emotional ustabilitet, konstant vekslen mellem fx eufori og dysfori. Angst, der kan udvikle sig til akut panikreaktion, såkaldt ”bad trip”, præget af frygtindgydende fantasier og paranoide forestillinger. Den akutte panikreaktion varer sædvanligvis kun 2-6 timer.

*De somatiske symptomer* under rusen er tremor, pupildilatation, takykardi og let hypertension, svedtendens, sløret syn og ataksi. Letaldosis af LSD kendes ikke og overlevelse er set efter meget store doser af LSD.

## **Abstinenssymptomer**

Der forekommer ikke fysiske abstinenssymptomer.

## **Hallucinogen-inducerede psykiske lidelser**

Toksisk psykose: De psykotiske symptomer kan vedvare i dage eller uger efter den akutte intoksikation.

”Flashbacks”, som er en spontan rus, der kan optræde flere måneder efter sidste hallucinogenindtag, og som opstår uden indtag af hallucinogener. Ofte fremprovokeres flashbacks af træthed, fysisk sygdom, oplevelse af stress, angst og nervøsitet.

## **Akut behandling**

Akut panikreaktion behandles med benzodiazepin.

Toksisk og post-hallucinogen psykose forsvinder oftest i løbet af timer, dage eller et par uger. Hvis psykoser ikke svinder spontant efter få dage, behandles med antipsykotika.

Krampeanfald, kardiovaskulær og respiratorisk insufficiens behandles efter sædvanlige principper.

### **4.4.6 Gamma-hydroxy-butyrat (GHB), ”Fantasy”**

Indtagelsesmåde: Pr. os i væskeform

## **Akut intoksikation**

Stoffet GHB blev oprindeligt introduceret som et narkosemiddel, men er trukket tilbage på grund af alvorlige bivirkninger (fx krampeanfald, opkastning, lammelse af hosterefleks og aspiration).

Rusvirkningen giver følelse af velvære, nedsættelse af angst, sedation, frigørelse af følelsesmæssige hæmninger og svækkelse af dømmekraft. Rusen minder om alkoholrus eller intoksikation med benzodiazepiner. Der er meget lille interval mellem de doser, der giver henholdsvis rus og bevidsthedssvækkelse. Dette er endnu mere udtalt ved samtidig indtagelse af andre rusmidler, først og fremmest alkohol. Dyb bevidstløshed og evt. respirationsstop er en særlig risiko ved GHB.

## **Abstinenssymptomer**

Regelmæssig brug er sjælden, men abstinenssymptomer er beskrevet. De er dramatiske og potentielt livstruende. Angst, søvnforstyrrelser og rysten optræder efter 1-6 timer, og i alvorlige tilfælde er der kvalme, kredsløbsforstyrrelser og psykotiske symptomer med hallucinationer og voldsom agitation.

## Akut/længerevarende behandling

Symptomatisk. Ingen specifik medikamentel behandling

### 4.4.7 Alkohol

Der henvises til kapitel 9.

## 4.5 Tjekliste for kort objektiv psykiatrisk undersøgelse

Nedenstående tjekliste vil kunne være en hjælp til den systematiske udspørgen i forbindelse med den psykiatriske undersøgelse.

Figur 15: Tjekliste for kort objektiv psykiatrisk undersøgelse

### 1. Bevidsthedsforstyrrelser

Bevidsthedssvækkelse (nedsat bevidsthedsintensitet)

- Somnolens (pt. kan vækkes til fuld bevidsthed, men overladt til sig selv falder han i søvn eller døs)
- Sopor (pt. kan ikke vækkes til fuld bevidsthed, men reagerer og svarer med enstavellesord)
- Koma (pt. reagerer ikke på smertestimuli)

Bevidsthedsuklarhed (bevidsthedsplumring)

- Nedsat opfattelse af omgivelserne og svækket opmærksomhed, nedsat evne til at holde fokus i samtalen, bliver afledt, ”taber tråden”, skyldes ikke selve rusmiddelpåvirkningen. Ses altid ved delirøse tilstande

### 2. Tankegang

Formelle forstyrrelser (springende, usammenhængende, uforståelig)

Indholdsmæssige (vrangforestillinger)

### 3. Orienteringsforstyrrelser (ses bl.a. ved delirøse tilstande)

Autopsykisk desorientering: Manglende orientering i egne data (navn, fødselsdato, stilling, civilstand)

Allopsykisk desorientering: Manglende orientering i tid, sted og tidligere kendte personer

### 4. Psykomotorisk tempo

Hæmning: Langsomhed og underaktivitet, såsom træghed af tankegang, tankefattigdom, manglende spontan tale, latenstid på svar, dødhed i følelserne, stivnet mimik, få bevægelser

Stupor: Svær grad af psykomotorisk hæmning, hvor pt. er næsten helt ubevægelig  
Øget motorisk tempo: Rastløshed, uro, hyperaktivitet uden formål. Ses ofte ved abstinensdelirøse tilstande, fx delirium tremens  
Øget psykisk tempo: Hurtige, livlige associationer, taletrang, livlig mimik, øget emotionalitet, hurtige bevægelser og hyperaktivitet

## 5. Stemningsleje (grundstemningen)

Den følelsesmæssige (humørmæssige) tilstand, der præger patienten gennem længere tid. Kan være neutralt, forsænket, hævet. Kan være ledsaget af angstsymptomer

### A. Depressive symptomer

Depressionstilstand (ICD-10):

I. Depressive kernesymptomer	1. Nedtrykthed 2. Nedsat lyst/interesse 3. Nedsat energi/øget trætheds
II. Depressive ledsagesymptomer	1. Nedsat selvtillid/selvfølelse 2. Selvbeprejdelse/skyldfølelse 3. Tanker om død eller selvmord 4. Tænke- og koncentrationsbesvær 5. Agitation/hæmning 6. Søvnforstyrrelser 7. Appetit- og vægtændring

Diagnosen depression kræver mindst: 2 ugers symptomer, 2 kernesymptomer og 2 ledsagesymptomer.

Lette grad: Mindst 2 symptomer fra I + mindst 2 symptomer fra II.

Moderat grad: Mindst 2 symptomer fra I + mindst 4 symptomer fra II.

Svær grad: Alle 3 symptomer fra I + mindst 5 symptomer fra II.

### B. Opstemthed

Løftet eller irriteret stemningsleje, øget aktivitet eller rastløshed, koncentrationsbesvær eller letafledelighed, øget taletrang, nedsat søvnbehov, øget sexdrift.

### C. Angstsymptomer

Hjertebanken, sved, tremor, indre uro, svimmelhed, åndenød, kvælning-fornemmelse, dødsangst, kontroltab.

## 6. Psykotisk/apsyktisk

Vrangforestillinger (paranoide ideer): Fejlagtige forestillinger, der har sandhedsværdi for patienten, og som fastholdes med urokkelig overbevisning.  
Hallucinationer; hørelses-, syns-, smags-, lugt-, berøringshallucinationer

## 7. Hukommelse

Korttidshukommelsen: Evne til at genkalde det oplevede i erindringen efter 2-3 minutter

Langtidshukommelsen: Evnen til at genkalde sig hukommelsesmateriale efter længere tid. Skelnen mellem langtidshukommelse for nyere data (timer, dage, uger) og langtidshukommelse for ældre data (måned, år)

## 8. Selvmordsfare

Tegn på akut selvmordsfare:

Personen har for nylig foretaget selvmordsforsøg eller har haft påtrængende selvmordstanker  
Personen fremsætter fortsatte tanker og ønsker om selvmord og er ude af stand til at tage afstand fra disse  
Personen gør aktive forøg på at foretage selvmordshandlinger  
Personen er præget af stærk håbløshedsfølelse  
Personen har depressive vrangforestillinger  
Personen har overfor pårørende givet udtryk for at ville dø  
"Personalet" har en fornemmelse af, at patienten (personen) har stærke selvmordsimpulser, selv om vedkommende benægter det.

Vedr. optagelse af misbrugsanamnese henvises til kapitel 4.

Vedr. urinalyser henviser til kapitel 10 og bilag 5.

## 4.6 Behandlingsstrategi

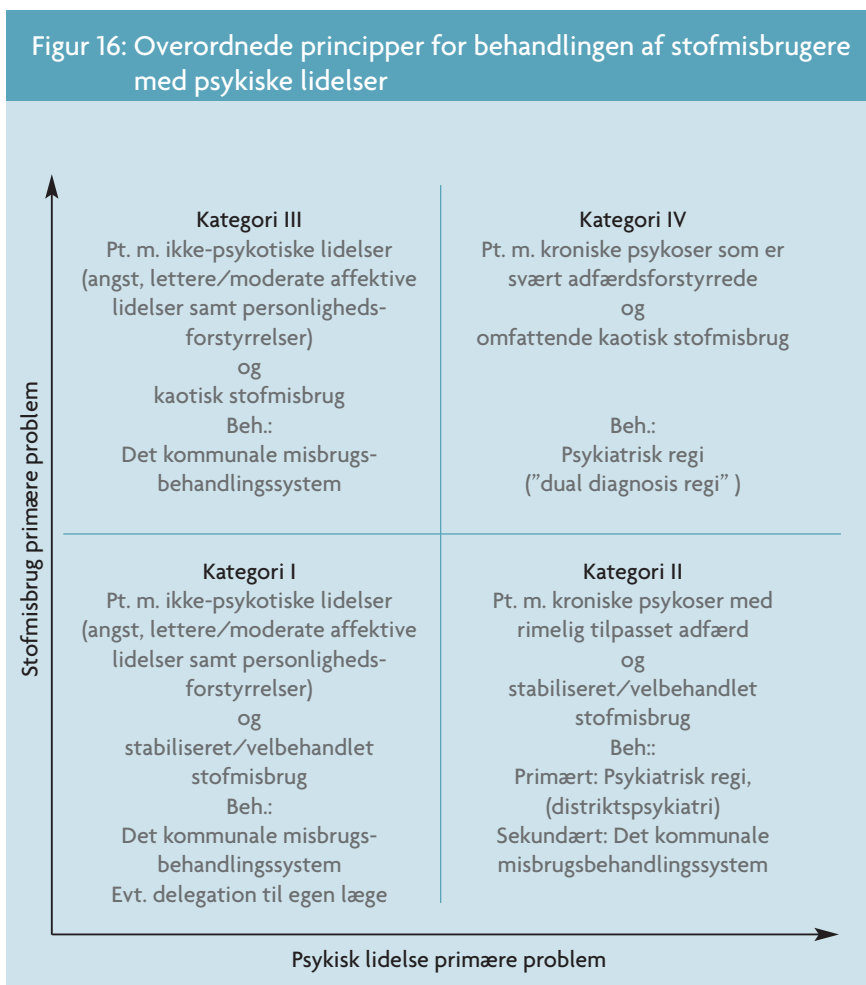
Lokale samarbejdsmuligheder mellem psykiatrien, de kommunale stofmisbrugsbehandlingssystemer og egen læge bør tilpasses de enkelte behandlingsforløb bedst muligt.

Citat fra *Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling*, kapitel 7:

**Stofmisbrugere i akut psykiatrisk fare, uanset ætiologi (akut intoksikation, abstinens eller primær psykiatrisk lidelse) fx ved suicidale tanker/trusler el-**

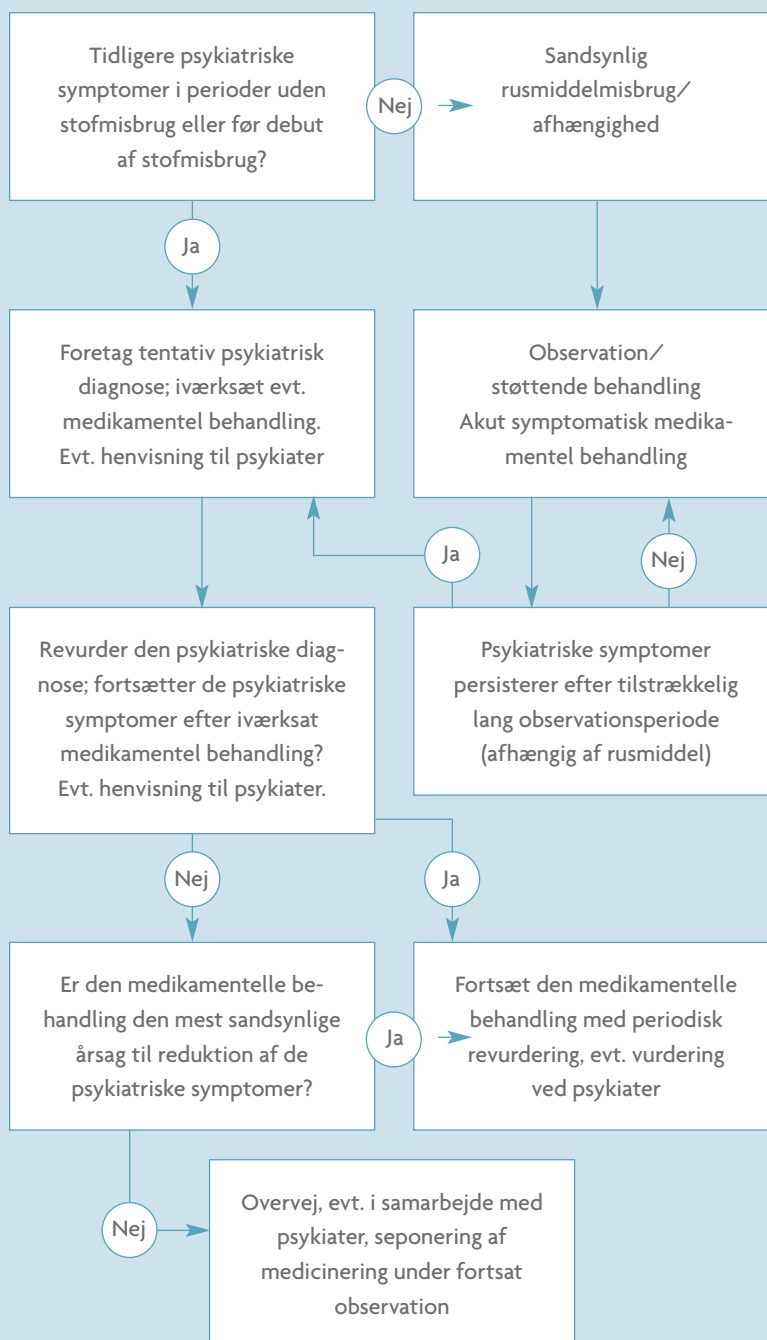
ler manifeste psykotiske symptomer med fare for sig selv/andre, skal vurderes og behandles akut i psykiatrisk regi.”

Nedenstående figur er retningsanvisende for de overordnede principper for behandling af stofmisbrugere med psykiatrisk komorbiditet.



Nedenstående algoritme er retningsangivende for overvejelserne i den diagnostiske udredning og behandling af eventuel samtidig forekomst af psykisk sygdom ved stofmisbrug i de kommunale behandlingssystemer for stofmisbrugere.

Figur 17: Diagnostisk udredning, behandlingsstrategi



## 5. Bilag til kapitel 10

### 5.1 Indledning

Citat fra *Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling*, kapitel 10:

“Som led i substitutionsbehandling af stofmisbrugere kan anvendes urinanalyser med henblik på diagnostik eller vurdering af den iværksatte behandling.

Såfremt urinanalyser indgår som led i behandling eller diagnostik, skal en læge vurdere resultatet i forhold til oplysninger om indtag af rusmidler og medikamenter, de foreliggende medicinske oplysninger og den anvendte metode.”

For at sikre en hensigtsmæssig anvendelse af urinanalyser for euforiserende stoffer og medikamenter i forbindelse med substitutionsbehandling af opioidafhængige beskrives i det følgende kapitel de principielle forhold omkring dels indikationen for anvendelse af urinanalyser og dels de vigtigste procedurer og analysemetoder, som lægen skal være bekendt med ved ordination af urinanalyser.

Afslutningsvis gøres i kapitlet rede for de retslige og patientsikkerhedsmæssige forhold i forbindelse med aflæggelse og anvendelse af urinanalyser som led i substitutionsbehandlingen.

### 5.2 Indikation

Urinanalyser er det mest objektive hjælpemiddel til at vurdere forekomst af rusmiddelindtagelse. Selvrapporteret rusmiddelindtagelse kan, men ikke altid, give de samme resultater som urinanalyserne.

Urinanalyser kan øge den diagnostiske sikkerhed i flere situationer:

- Ved mistanke om opioidafhængighed
- Ved uafklarede tilstande i forbindelse med substitutionsbehandling ved fx
  - iværksættelse af substitutionsbehandling
  - blandingsmisbrug
  - psykiatriske tilstande



- Ved mistanke om sidemisbrug i forbindelse med den løbende kliniske kontrol af substitutionsbehandlingen
- Ved alle livstruende tilstande, hvor stofindtag kan mistænkes for at have en medvirkende årsag.

### 5.3 Påvisning af stof- og medikamentindtagelse i urinprøver

Klinisk kemiske analyser af urin for indhold af stoffer og medikamenter er ikke entydige. Der er både risiko for fejl ved prøveafleggelse og for falsk negative og falsk positive resultater.

Urinanalyser giver kun et pålideligt billede af de sidste dages indtag af stoffer.

#### 5.3.1 Sikring af urinprøvens kvalitet

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

Figur 18: Normalværdier for friskladt, ikke-manipuleret urin

Urinparameter	Normalværdier
Temperatur	32-38° C
pH	5 – 8,5
Massefylde	1,005 – 1,030 g/ml
Creatinin	4,2-17,5 mmol/l

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.

#### 5.3.2 Analysemetoder

Ved urinscreening for stoffer og medikamenter forstås en primær analyse, som bruges til at adskille negative prøver fra mulige positive. Screening udføres ved anvendelse af *immunologiske* metoder, som ikke nødvendigvis er 100 % specifikke for aktuelle stofgrupper. Positive resultater bør altid *konfirmeres* med mere specifikke metoder som fx *gaskromatografi-massespektrometri* (GC/MS).

Screeningstest kan udføres med *on-site tests* (kvik-test) eller ved indsendelse af urinprøve til *screening på klinisk biokemiske afdelinger/laboratorier*.

Der findes adskillige kommercielle on-site screenings tests, hvor metodens kvalitet er nogenlunde svarende til en laboratorie-screening. I praksis vil sikkerheden ved anvendelse af on-site-tests være noget mindre på grund af risiko for fejl i forbindelse med utilstrækkelig prøvehåndtering, forkert opbevaring af stiks eller forkert tolkning af analysesvar. 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.

### Figur 19: Eksempler på usikkerhed ved tolkning af on-site-tests

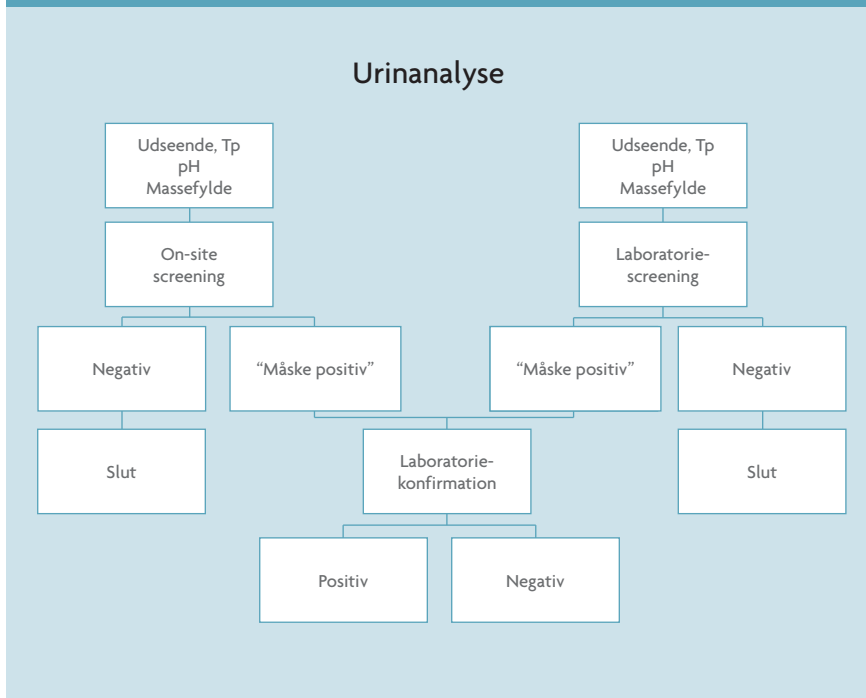
**A:** En urinprøve undersøges med en on-site test for amfetaminer, og testen angiver, at der ikke kan påvises tilstedeværelse af amfetaminer, dvs. prøven er "negativ". Det er ikke nødvendigt at foretage sig yderligere.

**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 laboratoriemetode. 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 fordelen 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 urinanalyser i substitutionsbehandlingen anbefales det at følge procedureerne, som det fremgår af figur 20.

Figur 20: Rutineprocedurer for anvendelse af urinanalyser



Hvis patienten benægter et positivt screeningsresultat, skal der altid foretages konfirmation med en specifik analyseteknisk metode.

### 5.3.3 Påvisningstider

Påvisningstiden er den periode efter indtagelsen af et givet stof, hvor stoffet kan påvises i en given urinprøve. Påvisningstiden varierer meget for de enkelte stoffer og er afhængig af den individuelle omsætnings- og udskillelseshastighed for de forskellige stoffer, hvor store doser der er indtaget, koncentration af urinen, og hvilke analysemetoder der er anvendt.

Figur 21: Påvisningstider (vejledende) for euforiserende stoffer/medikamenter i urinprøver

Urinanalyse	Stof/medikament	Påvisningstid efter første indtagelse	Påvisningstid efter sidste indtagelse: Op til
Amfetamin	Amfetamin Metamfetamin MDMA/Ecstasy	6-8 timer	3 døgn
Kokain	Kokain Crack	4 timer	4 døgn; dog op til 4 uger ved kronisk misbrug
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**	Heroin (morfin) Kodein	6-8 timer	3 døgn
Ketobemidon	Ketogan, Ketodur	6-8 timer	1 døgn; store doser dog 2-3 døgn ved store doser
Buprenorfin	Subutex/Suboxon	6-8 timer	2 døgn
Cannabis (tetrahydrocannabinol, THC)	Hash Marihuana Marinol (medikament)	6-8 timer	3 døgn; dog op til 6 uger hos kroniske misbrugere

\*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.

## 6. Bilag til kapitel 12

### 6.1 Indledning

I Danmark fødes årligt skønsmæssigt 1500-2000 børn af mødre med afhængighed af rusmidler og/eller afhængighedsskabende medicin.

Samarbejdet omkring gravide med misbrug er en specialopgave, der kræver en ekstraordinær tværfaglig og tværsektoriel indsats i både primær og sekundær sektor. Da misbrug ofte er forbundet med en betydelig social belastning, anbefales det, at socialforvaltningen inddrages tidligt i samarbejdet. Indsatsen skal rette sig mod at stoppe misbruget, alternativt reducere skaden ved et kontrolleret forbrug gennem at iværksætte og fastholde kvinden i misbrugsbehandling. Målet er at reducere og helst eliminere risikofaktorerne for skader hos det ufødte og det nyfødte barn.

Det er af afgørende betydning for det ufødte barns vækst, udvikling og helbredstilstand og familiens sundhed, trivsel og fremtid, at den koordinerende indsats etableres så tidligt som muligt. Indsatsen er omfattende og skal ske i forhold til forebyggelse af graviditetskomplikationer og fosterskader på baggrund af misbruget.

Vedr. en mere omfattende beskrivelse og vejledning for tværfaglig og tværsektoriel håndtering af gravide med rusmiddelproblemer og deres børn, henvises til Sundhedsstyrelsens publikation ”Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer”, 2005.

Dette kapitel omfatter kun de væsentligste områder, som kommunallægen eller den alment praktiserende læge skal være bekendt med ved behandlingen af kvindelige stofmisbrugere.

### 6.2 Målgruppen

#### Gravide med rusmiddelbrug

Belastninger i den gravide stofmisbrugerens liv udgør risikofaktorer i forhold til graviditetens og fødselens forløb og det ufødte barns vækst, udvikling og helbredstilstand.

Den gravide stofmisbrugers tilværelse er ofte præget af belastende opvækstforhold og en belastet aktuel psykosocial situation (typisk dårlige boligforhold, kriminalitet, prostitution, samlever med rusmiddelproblemer, vold, børn anbragt udenfor hjemmet).

Kvindens helbredsmæssige status og almene tilstand er ofte præget af underernæring/fejlernæring, anæmi, misbrugsrelaterede virale infektioner (hepatitis, HIV) og andre somatiske og psykiske sygdomme. Ofte negligerer kvinderne deres helbredsmæssige problemer. Hyppigt opdages graviditeten sent. Terminsberegning er ofte usikker, bl.a. pga. menstruationsforstyrrelser, og henvendelse til læge/jordemoder sker sent i forløbet.

Rusmidlernes specifikke indvirkning samt kvindens misbrugsmønster, som ofte veksler mellem overdosering og abstinensstilstande, i kombination med hendes helbredstilstand og livssituation udgør betydelig risiko for fosterudvikling og barnets tilstand efter fødslen.

### **Børn af gravide rusmiddelbrugere**

Hos børn født af socialt belastede kvinder er der en hyppigere forekomst af for tidlig fødsel, dødfødsler, lav fødselsvægt og spædbarnsdød. Børn af rusmiddelfafhængige mødre er derudover i risiko for andre alvorlige graviditets- og fødselskomplikationer som fx placentalsløsning, intrauterin asfyksi, medfødte misdannelser og neonatale abstinenssymptomer.

Hvilken betydning rusmiddelbrug i svangerskabet har for børnenes langtidsprognose er meget sparsomt belyst. Efterundersøgelser af børn af opioidafhængige mødre i Danmark har vist en høj forekomst af hjerneskade, retarderet udvikling, udviklingsmæssige skader, adfærds- og psykiske problemer, belastede opvækstvilkår og omsorgssvigt.

## **6.3 Rusmidlers indvirkning på graviditet, fødsel og barnets udvikling**

Et barns udvikling er multifaktoriel bestemt, og det er ikke muligt at skelne mellem de enkelte rusmidlers specifikke indvirkning på fosterudvikling, graviditets- og fødselsforløb samt på barnets tilstand efter fødslen og dets videre udvikling. Alle rusmidler passerer let placenta, og de har principielt samme virkning på mor og foster, hvad angår rusvirkning og abstinensstilstand. Ved en ubehandlet rusmiddelfafhængighed vil den gravides tilstand svinge imellem påvirkethed og abstinensstilstand, og det samme vil fostrets tilstand. De to yderpoler – påvirkethed og abstinenser – udløser intrauterin asfyksi hos fostret med risiko for vækstretardering, for tidlig fødsel, lav fødselsvægt og øget perinatal mortalitet.

## Alkohol

Alkohol regnes i den vestlige verden for at være den hyppigste årsag til mental retardering hos børn. Alkoholskader sker tidligt i graviditeten, ofte før den gravide ses i svangreomsorgen. Medfødte alkoholskader strækker sig over et bredt spektrum fra små og ubetydelige skader til meget svære multihandikap og død. Den alvorligste skade er det føtale alkoholsyndrom (FAS), som omfatter triaden: specielle ansigtstræk, hjerneskade og væksthæmning. Ca. halvdelen af børn med FAS har tillige medfødte misdannelser i andre organer, fx hjertefejl, læbe-ganespalte, klumpfod. Forekomsten af FAS i Danmark skønnes at være ca. 75 om året (1,3 pr. 1000 fødsler).

## Opioider

Opioider medfører ingen misdannelser, men har en væksthæmmende (symmetrisk) virkning hos fosteret.

### *Heroin*

Børn af heroinafhængige mødre fødes med lav fødselsvægt. Desuden ses øget risiko for spontan abort, for tidlig fødsel, fosterdød, hjerneskade og neonatalt abstinenssyndrom.

### *Metadon*

Metadon har en mindre grad af væksthæmmende virkning på fostret end heroin. Det er veldokumenteret, at metadonbehandling i kombination med svangrekontrol og psykosocial støtte i betydelig grad kan bedre graviditets- og fødselsforløbet og dermed bedre barnets tilstand ved fødslen og reducere sygelighed og dødelighed hos mødre og børn. De neonatale abstinenser ved metadon kan dog være kraftigere og længevarende end abstinenssymptomerne fra heroin. Abstinenssymptomerne i sig selv medfører dog ikke fysisk skade på barnets udvikling, forudsat at de behandles korrekt.

### *Buprenorphin*

Hidtidige undersøgelser har fundet buprenorphin sikker og effektiv i behandlingen af gravide og deres ufødte/nyfødte børn. Datamaterialet er dog fortsat mindre end for metadon, men har vist, at buprenorphin er fuldt sammenligneligt med metadon i forhold til perinatal morbiditet og NAS.

## Centralstimulantia (kokain, amfetamin, ecstasy)

Centralstimulantia har udtalt vasokonstriktiv og hypertensiv virkning, som kan medføre nedsat placentar gennemstrømning med risiko for intrauterin væksthæmning, placenta-løsning og for tidlig fødsel. Kokain og amfetamin kan have en fosterskadende effekt med risiko for misdannelse i hjerne, nervesystem og forstyrrelser i hjertefunktion. Der er ikke dokumentation for udvikling af neonatale abstinenssymptomer. Der er imidlertid risiko for neurologiske symptomer, såsom irritabilitet, motorisk uro, øget muskeltonus,

kramper. Undersøgelser har vist, at 50 % af kokaineksponerede nyfødte har abnormt EEG, som dog normaliseres inden for de første levemåned.

### **Cannabis**

I forhold til stoffets store udbredelse også blandt gravide er kendskabet til stoffets indvirkning på fosterudvikling, graviditet, fødsel og børns videre udvikling meget sparsom. Flere undersøgelser har vist sammenhæng med lav fødselsvægt og for tidlig fødsel, andre undersøgelser har ikke kunnet bekræfte denne sammenhæng. Cannabiseksponerede børn kan udvikle neonatale abstinenssymptomer, som ofte er af mildere karakter end abstinenssymptomer ved andre rusmidler.

### **Benzodiazepiner**

Benzodiazepiner kan ved længere tids misbrug have en fosterskadende effekt med risiko for misdannelser i hjerne og nervesystem samt intrauterin væksthæmning. Der er risiko for neonatale abstinenser, ofte med sen debut af symptomer på grund af stoffets lange halveringstid.

### **Sniffing**

Sniffing af organiske opløsningsmidler (lim, lighergas, benzin) har fosterskadende virkning og kan forårsage misdannelser af samme karakter som ved alkohol med risiko for misdannelser, lav fødselsvægt og hjerneskade.

## **6.4 Tidlig kontakt, henvisning til specialafdeling**

Det er vigtigt, at den gravide rusmiddelbrugende kvinde ikke mødes primært som ”misbruger”, men som ”gravid kvinde”, som i samme grad som andre gravide ønsker det bedste for sit barn. Det er vigtigt at anvende en neutral, faglig og saglig terminologi, som ikke vil kunne opfattes diskriminerende eller moraliserende, især når der tales om rusmiddelforbrug, prostitution m.m. Formålet er, at kvinden bliver i stand til at indgå i en samarbejdsalliance med de relevante professionelle til gavn for både den gravide selv og det ufødte barns udvikling og sundhed. I kontakten med gravide rusmiddelbrugere vil man ofte berøre overordnede etiske dilemmaer i situationer, hvor kvindens juridisk sikrede ret til at bestemme over sin krop medfører en risiko for det ufødte barns liv, helbred og prognose.

Citat fra *Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling*, kapitel 12:

“Det er vigtigt så tidligt som muligt i graviditeten at skabe en hurtig, evt. akut, kontakt mellem den gravide stofmisbruger og en obstetrisk specialafdeling med tilknytning til neonatalafdeling, som vil kunne vurdere behov for behandling, evt. behandling under indlæggelse, og hjælpeforanstalt-



ninger. Ofte har den gravide stofmisbruger 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 kommer i kontakt med en gravid stofmisbruger sikre, at der er etableret eller sørge for at etablere kontakt til obstetrisk specialafdeling
- kan enhver læge direkte henvise en gravid rusmiddelbruger til vurdering på obstetrisk specialafdeling.”

På den obstetriske specialafdeling foretages en helhedsvurdering og planlægning af den tværfaglige indsats (læge-jordemoder-socialrådgiver og psykolog) og det netværk, der skal tilpasses den enkelte gravide rusmiddelbruger. Forløbene og de tværfaglige indsatser i de evt. allerede eller ad hoc etablerede professionelle netværk (kommunale misbrugsbehandlingssystem, socialforvaltningen, egen læge m.fl.) varierer betydeligt og afhænger af den gravides samlede belastningsgrad og funktionsniveau samt graviditetens længde på tidspunktet for indskrivning.

## 6.5 Gravide stofmisbrugere med somatisk og psykiatrisk komorbiditet

### 6.5.1 Hepatitis og HIV

Hepatitis B og C og HIV kan overføres fra mor til barn i forbindelse med graviditet, fødsel og amning. Det er vigtigt at informere både den gravide og partneren om disse sygdomme og sørge for, at begge får udført en serologisk screening så tidligt som muligt i graviditeten, jf. kapitel 4.

Den gravide hepatitis B/C eller HIV-positive henvises til infektionsmedicinsk afdeling.

#### Hepatitis B

Er den gravide hepatitis B-antigen positiv, og partneren er hepatitis B-antigen/antistof negativ, anbefales han vaccination mod hepatitis B. Er der børn i hjemmet og/eller flere voksne, bør også de undersøges og vaccineres ved behov. Når den gravide er hepatitis B-antigen positiv, skal det nyfødte barn umiddelbart efter fødslen påbegynde vaccination med hepatitis B samt gives en injektion gammaglobulin. Vaccinationerne følges op hos egen læge.

Den gravide, som ikke er smittet med hepatitis B, må ikke vaccineres mod hepatitis B under graviditeten, uanset om partneren er smittebærer. Hepatitis B antigen positive mødre må gerne amme.

### Hepatitis C

Ved hepatitis C-antigen positive gravide skal der ikke tages særlige forholdsregler under graviditeten og fødslen eller over for det nyfødte barn. Barnet kan få taget opfølgende blodprøver senest ved 18-måneders-alderen.

Den hepatitis C-antigen positive moder må gerne amme.

### HIV

Alle HIV-positive gravide henvises til fødsel på et af de hospitaler, som varetager behandling af HIV-positive gravide og deres børn. Den gravide sættes i profylaktisk antiretroviral behandling fra 14. svangerskabsuge og resten af graviditeten.

Fødslen anbefales at foregå ved sectio 2 uger før termin. Dog er der mulighed for at føde vaginalt, såfremt CD-4 tal er over 300 og HIV-RNA er lavt (under 20) ved fødslen. Under fødslen gives retrovir parenteralt til moderen, og barnet sættes umiddelbart efter fødslen i behandling med antiretroviral medicin og fortsætter hermed de første 4 leveuger. Barnet følges op i pædiatrisk afdeling.

Den HIV-positive kvinde frarådes at amme. Hvis den HIV-positive moder insisterer på at amme og/eller modsætter sig, at barnet behandles med retrovir, skal de sociale myndigheder underrettes.

### 6.5.2 Psykisk syge, gravide stofmisbrugere

Børn af mødre med dobbelt diagnose, samtidig forekomst af misbrug og psykisk lidelse, er dobbelt belastede og har endnu flere risikofaktorer end børn af rusmiddelbrugere uden psykisk sygdom. Som beskrevet i kapitel 7, kan den psykiske lidelse hos den gravide stofmisbruger være primær eller sekundær i forhold til rusmiddelproblematikken, og ofte vil det ikke være muligt klart at skelne herimellem.

Ved mistanke om psykisk lidelse hos den gravide med rusmiddelproblemer er det således vigtigt at sikre, at der foretages en psykiatrisk undersøgelse og at relevant behandling iværksættes, herunder stillingtagen til behandling i psykiatrisk/distriktskykiatrisk regi.

Medikamentel behandling af en psykiatrisk lidelse hos en gravid kvinde med rusmiddelproblematik bør altid foregå efter samråd med obstetrisk speciallæge af hensyn til de enkelte medikamenters eventuelle fosterskadende virkning. Det er under alle omstændigheder nødvendigt med et tæt samarbejde mellem

det psykiatriske system, den obstetriske specialafdeling samt socialforvaltning og misbrugsbehandlingssystemet i kommunen.

Såfremt det ikke lykkes at skabe en tilstrækkelig kontakt med den gravide før fødslen er det vigtigt, at den obstetriske specialafdeling sikrer, at der i samarbejde med kommunen udarbejdes en handleplan for barnet og for moderen umiddelbart efter fødslen.

## 6.6 Substitutionsbehandling af opioidafhængige under graviditet og fødsel

En effektiv substitutionsbehandling har samme positive effekt på gravide opioidmisbrugere som på ikke gravide opioidmisbrugere. Yderligere sikrer en stabil substitutionsbehandling fosteret mod gentagne abstinensperioder og reducerer forekomsten af spontan abort og for tidlige fødsel, fosterskader og andre graviditets- og fødselskomplikationer.

Citater fra *Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling*, kapitel 12:

**“Behandling af opioidafhængighed hos gravide skal foregå i samarbejde med obstetrisk specialafdeling, fortrinsvis under indlæggelse”.**

**“Ved iværksættelse af substitutionsbehandling hos en gravid, som under graviditeten ikke har været i substitutionsbehandling, anbefales metadon som 1.-valgspreparat”.**

**“Gravide, som var i stabil substitutionsbehandling med buprenorfin, da graviditeten indtrådte, bør anbefales at fortsætte hermed under graviditeten.”**

Opiodafhængige kvinder, som før graviditeten var i metadon eller buprenorfinbehandling, kan fortsætte med uændret metadon/buprenorfin-dosis som udgangspunkt.

Iværksættelse af behandling med metadon hos gravide følger vejledning for iværksættelse af behandling med metadon hos ikke-gravide, se kapitel 8.

Metadondosis skal tilpasses individuelt og doseres efter samme kriterier som hos ikke-gravide.

Specielt for gravide gælder, at ved tegn på abstinenser eller intoksikation skal dosis umiddelbart justeres.

Ofte vil det være nødvendigt at justere dosis i løbet af graviditeten. I graviditeten ses en øgning af blodvolumen, og hos nogle gravide ses også en øget metabolisme i leveren, hvilket kan bevirke, at metadon/buprenorphin-koncentrationen i blodet falder med risiko for udvikling af abstinenssymptomer. Metadon/buprenorphin-dosis må i disse tilfælde øges, indtil abstinenssymptomerne forsvinder. Efter fødslen vil det ofte være nødvendigt at reducere dosis igen.

Nogle gravide kan også på grund af den øgede omsætning have behov for opdeling af døgndosis til dosering fx 2 gange dagligt for at undgå abstinenssymptomer.

### **Akut opioidoverdosis hos den gravide**

Antagonistbehandling med Naloxon skal kun gives på tvingende livstruende indikation på grund af udvikling af akutte abstinenser, også hos fosteret. Naloxon kan gives i små refrakte doser under sikring af respiration og tæt observation af abstinensudvikling, og akutte abstinenser kan behandles med korttidsvirkende opioider.

### **Udtrapning af substitutionsbehandling under graviditeten**

Almindeligvis anbefales det at fortsætte med metadon/buprenorphin-behandling til efter fødslen. Der kan dog være tilfælde, hvor man kan overveje udtrapning:

- Gravide, som både før og under graviditeten har været helt stabile i metadonbehandling
- Gravide, som ikke ønsker metadon/buprenorphin-behandling under graviditeten, og som kan indgå i et struktureret nedtrappingsforløb, evt. under indlæggelse.

Nedtrapning skal foregå langsomt, med ca. 10 % ugentligt og fortrinsvist primært i 2. trimester. Nedtrapning skal afbrydes, hvis der forekommer stresspåvirkning af foster eller andre tegn på obstetrisk komplikation.

### **Smertelindring under fødsel**

Gravide kvinder i substitutionsbehandling med metadon/buprenorphin skal tilbydes smertelindring efter de samme retningslinjer som alle andre fødende. Dvs. at de *ud over* den faste metadon/buprenorphin skal gives den nødvendige smertestillende medicin. På grund af tolerans skal man være opmærksom på, at nogle kvinder i substitutionsbehandling kan have behov for større dosis smertestillende medicin end kvinder, som ikke er i behandling for opioidafhængighed.

Yderligere skal man være opmærksom på, at opioidafhængige er mere sensitive over for smerter end ikke-opioidafhængige.

Det kan overvejes at anlægge epiduralblokada tidligt i fødselsforløbet. Spørgsmålet bør drøftes med den gravide under graviditeten.

## 6.7 Behandling af gravide med alkohol abstinenssymptomer

Citat fra *Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling*, kapitel 12:

“Behandling af alkohol abstinenssymptomer hos gravide skal foregå i samarbejde med obstetrisk specialafdeling, fortrinsvis under indlæggelse.”

Ved behandling af alkohol-abstinenssymptomer og forhindring af udvikling af abstinenskramper og delir hos gravide er førstevalgspræparat benzodiazepiner. Det er hensigtsmæssigt at anvende et benzodiazepin med så lille misbrugspotentiale som muligt. Der er tendens til, at benzodiazepiner med lang halveringstid er bedre end stoffer med kort halveringstid. I sidste trimester bør der dog ikke anvendes langtidsvirkende benzodiazepiner på grund af risiko for udvikling af NAS hos den nyfødte.

Antikonvulsiva bør ikke anvendes på grund af teratogen effekt og risiko for malformationer.

Barbiturater som phenobarbital anvendt i sidste trimester kan medføre NAS hos den nyfødte.

## 6.8 Behandling af gravide med benzodiazepin abstinenssymptomer

Citat fra *Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling*, kapitel 12:

“Behandling af benzodiazepin-abstinenssymptomer hos gravide skal foregå i samarbejde med obstetrisk specialafdeling, fortrinsvis under indlæggelse.”

Behandlingen af benzodiazepin-abstinenssymptomer hos gravide er principielt den samme som hos ikke-gravide. Princippet er gradvis, langsom nedtrapning af benzodiazepindosis. Nedtrapning af benzodiazepiner er mest sikker i 2. trimester for at undgå risiko for spontan abort eller for tidlig fødsel.

## 6.9 Amning

Den gravide stofmisbruger bør informeres om nedenstående forhold allerede under graviditeten, og spørgsmål om amning bør være drøftet med hende i god tid inden fødslen.

Alle rusmidler, inkl. alkohol samt afhængighedsskabende medicin passerer over i modermælken. Det er i sagens natur kun sparsomt undersøgt om den lille mængde rusmidler eller afhængighedsskabende medicin, som udskilles i modermælken, vil kunne skade det diende barn. Generelt må amning frarådes ved samtidig indtag af rusmidler eller misbrug af afhængighedsskabende medicin.

Amning bør imidlertid kun sjældent frarådes på grund af moderens indtagelse af lægeordineret medicin, og kun hvis moderens sygdom ikke kan behandles tilfredsstillende på anden vis, samt hvis der er begrundet formodning om, at påvirkningen kan skade barnet. Selvom næsten alle lægemidler udskilles i modermælken, findes de oftest i så lav koncentration, at det er uden betydning for det diende barn.

Information og vejledning fås ved lægemiddelinformationscentraler på landets fem klinisk farmakologiske enheder ved Århus Universitetshospital, Odense Universitetshospital, Bispebjerg Hospital Gentofte Hospital og Rigshospitalet.

### 6.9.1 Amning under substitutionsbehandling

Der foreligger få kliniske data, hvorfor anbefalinger om amning under substitutionsbehandling nødvendigvis må basere sig på ekstrapolationer af farmakokinetiske data, viden fra behandling af voksne og viden om amning i andre sammenhænge. Nyere undersøgelser af et begrænset antal ammende kvinder i substitutionsbehandling med metadon i op til 180 mg dagligt viser ingen sammenhæng mellem moderens metadondosis, koncentrationen af metadon i brystmælk og moderens eller barnets plasmakoncentrationer af metadon.

Der foreligger ikke data, som sandsynliggør voldsomme alvorlige bivirkninger hos diende børn af mødre i metadonbehandling.

I lyset af de mange data om vigtigheden af amning, hvilket ikke mindst må antages at være tilfældet hos denne patientgruppe, anbefales det derfor, at amning tilrådes uanset moderens metadondosis. Det må dog understreges, at denne anbefaling baserer sig på et spinkelt videnskabeligt grundlag.

Barnets og moderens tilstand skal følges nøje.

Buprenorphin kan generelt ikke anbefales til ammende, idet det nedsætter mælkeproduktionen betydeligt. Det optages formentligt meget dårligt af det diende barn og er derfor i denne forstand sikkert for barnet.

### 6.9.2 Amning og virale infektioner

HIV-positive kvinder frarådes amning, medens Hepatitis B og C-antigen positive kvinder gerne må amme, jf. afsnit 12.7.1 og i øvrigt kapitel 6.

## 6.10 Barselsperiode og udskrivelse fra sygehus

Vedr. de specielle forhold og forholdsregler i barselsperioden omkring mødre i substitutionsbehandling og observationer af det nyfødte barn, henvises til Sundhedsstyrelsens publikation fra 2005 ”Omsorg for gravide og småbørnsfamilier med rusmiddelproblemer”.

Her findes grundigt beskrevet forhold omkring observation og behandling af det nyfødte barn under indlæggelse på barselsafdeling/neonatalafdeling/børneafdeling, samarbejde med forældre, samarbejde med socialforvaltning, misbrugsbehandlingssystemer m.m. med henblik på gensidig orientering og tilrettelæggelse af relevante hjælpeforanstaltninger for barn og forældre i forbindelse med udskrivelse og fremtidigt liv.

Vejledning om den lægelige behandling  
af stofmisbrugere i substitutionsbehandling  
af 1. juli 2008

[www.sst.dk](http://www.sst.dk)

Sundhedsstyrelsen  
Islands Brygge 67  
Postbox 1881  
2300 København S  
Telefon 72 22 74 00  
[sst@sst.dk](mailto:sst@sst.dk)  
[www.sst.dk](http://www.sst.dk)