

VEJLEDNING OM ORDINATION AF  
AFHÆNGIGHEDSSKABENDE LÆGE-  
MIDLER OG OM SUBSTITUTIONS-  
BEHANDLING AF PERSONER  
MED OPIOIDAFHÆNGIGHED

2007

Til landets læger m.fl.

**Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler og om substitutionsbehandling af personer med opioidafhængighed**

Sundhedsstyrelsen

Islands Brygge 67

2300 København S

URL: <http://www.sst.dk>

Emneord: Substitutionsbehandling; Buprenorfin; Metadon; Opioidafhængighed; Stofmisbrug

Sprog: Dansk

Kategori: Vejledning

Version: 1.0

Versionsdato: 8. juni 2007

Format: pdf

Elektronisk ISBN: 978-87-7676-514-9

Udgivet af Sundhedsstyrelsen, juni 2007

# Indhold

<b>1</b>	<b>Indledning</b>	<b>5</b>
<b>2</b>	<b>Generelt om afhængighedsskabende lægemidler</b>	<b>5</b>
2.1	Anvendte ord og begreber	5
2.1.1	Afhængighedsskabende lægemidler	5
2.1.2	Afhængighed	5
2.1.3	Misbrug	6
2.1.4	Fysisk afhængighed og abstinenssymptomer	6
2.2	Generelt om ordination af afhængighedsskabende lægemidler	6
2.2.1	Ordination til lægens sædvanlige patienter	7
2.2.2	Ordination til andre end lægens sædvanlige patienter, herunder vagtlægers ordinationer	8
2.2.3	Information og samtykke samt videregivelse af helbredsoplysninger	8
2.2.4	Journalføring	8
2.2.5	Rekvirering og opbevaring af afhængighedsskabende lægemidler	9
2.2.6	Tilsyn	9
2.2.7	Sanktioner mv.	9
<b>3</b>	<b>Ordination af smertestillende lægemidler i form af opioider</b>	<b>10</b>
3.1	Generelt om opioider	10
3.2	Dosisindstilling	10
3.3	Smertebehandling	10
3.3.1	Akutte/postoperative smertetilstande	10
3.3.2	Langvarige smertetilstande	10
3.4	Recidiverende (akutte) smertetilstande	12
<b>4</b>	<b>Ordination af benzodiazepiner og stoffer, der virker på benzodiazepin-receptorerne</b>	<b>12</b>
4.1	Anvendelsesområde og valg af præparat	13
4.1.1	Særligt ved søvnløshed	13
4.1.2	Særligt ved angsttilstande	14
4.1.3	Ordination på andre indikationer	14
4.2	Særligt vedrørende ordination til ældre	14
<b>5</b>	<b>Ordination af afhængighedsskabende lægemidler med centralstimulerende virkning og snævert anvendelses-område</b>	<b>15</b>
5.1	Centralt stimulerende midler som dexamphetamin, methylphenidat og modafinil	15
5.2	Appetithæmmende midler med centralstimulerende virkning	15

<b>6</b>	<b>Ordination af visse andre afhængighedsskabende lægemidler</b>	<b>16</b>
<b>7</b>	<b>Substitutionsbehandling af personer med opioidafhængighed</b>	<b>16</b>
7.1	De grundlæggende principper i substitutions-behandlingen	16
7.1.1	Kommunernes ansvar for den samlede substitutions behandling	16
7.1.2	Retten til at ordinere afhængighedsskabende lægemidler som led i stofmisbrugsbehandling	17
7.1.3	Handleplaner	18
7.1.4	Samarbejde om og sammenhæng i stofmisbrugsbehandling	18
7.2	Lægens ansvar i den samlede behandling af stofmisbruger	19
7.2.1	Udredning og visitation	19
7.2.2	Lægelige behandlingsplaner	20
7.2.3	Lægelige optegnelser	20
7.2.4	Kontakt mellem stofmisbruger og behandlingsstedet	20
7.2.5	Samarbejdet med den alment praktiserende læge	21
7.2.6	Delegation af behandlingskompetencen	21
7.2.7	Lægens benyttelse af medhjælp	22
7.3	Faglige anvisninger vedrørende den medikamentelle substitutionsbehandling ved opioidafhængighed	23
7.3.1	Indikationer	23
7.3.2	Buprenorphin	24
7.3.3	Metadon	28
7.3.4	Akut iværksættelse af afgang og substitutionsbehandling hos personer som lægen har et ringe eller intet kendskab til	29
7.3.5	Behandlingen af særlige grupper	30
7.3.6	Substitutionsbehandling og kørekort	30
7.4	Ordination af benzodiazepiner til patienter i substitutionsbehandling	31
7.5	Kontrol af behandlingen	32
7.5.1	Nye behandlingsforløb	32
7.5.2	Stabile behandlingsforløb	32
7.5.3	Kontrolforanstaltninger	33
7.5.4	Afbrydelse af substitutionsbehandling	33
<b>8</b>	<b>I krafttræden</b>	<b>33</b>

# 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 samvittigheds-fuldhed. Sundhedsstyrelsens tolkning af denne forpligtelse i relation til ordination og anvendelse af afhængighedsskabende lægemidler beskrives i denne vejledning, herunder de særlige forhold, der gør sig gældende for de forskellige stofgrupper.

Da der i medfør af autorisationslovens § 41 gælder særlige begrænsninger i retten til at ordinere euforiserende stoffer som led i behandlingen af personer for stofmisbrug, er behandlingen af patienter med stofmisbrugsproblemer særligt omtalt i afsnit 7, herunder en detaljeret beskrivelse af indikationer, præparatvalg og behandlingsregi for substitutionsbehandling af personer med opioidafhængighed.

Vejledningen beskriver endvidere regler for kommunernes ansvar for den samlede substitutionsbehandling af opioidafhængige, jf. sundhedslovens § 142 og servicelovens § 101.

## 2 Generelt om afhængighedsskabende lægemidler

### 2.1 Anvendte ord og begreber

#### 2.1.1 Afhængighedsskabende lægemidler

Ved afhængighedsskabende lægemidler forstås de lægemidler, som hos brugeren kan ligge til grund for udviklingen af afhængighedssyndrom, som defineret i WHO-ICD 10 sygdomsklassifikationen:

- Morfin og morfinlignende midler (opioide analgetika)
- Benzodiazepiner og stoffer der virker på benzodiazepinreceptorerne
- Lægemidler med centralstimulerende virkning og snævert anvendelsesområde
- Visse andre lægemidler med afhængigheds-/misbrugspotentiale

#### 2.1.2 Afhængighed

Afhængighed defineres efter WHO ICD-10 sygdomsklassifikationen som et syndrom bestående af en række adfærdsmæssige, kognitive og fysiologiske fænomener, som udvikler sig (hos nogle individer) ved gentagen brug af et eller flere af-

hængighedsskabende lægemidler eller stoffer. Diagnosen kræver at mindst tre af følgende symptomer er til stede i mindst en måned eller gentagne gange inden for 1 år:

- Trang (“Craving”)
- Periodisk eller vedvarende 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 eller tidsforbrug
- Vedblivende brug trods erkendt skadevirkning.

### 2.1.3 Misbrug

Misbrug defineres efter WHO ICD-10 sygdomsklassifikationen 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.

Misbrug kan således opfattes som en form for social og psykisk afvigelse præget af en destruktiv adfærd, først og fremmest selvdestruktiv, men også omgivelserne (familie, venner) og samfundet kan skades. Det vil ofte dreje sig om et blandingsmisbrug, hvor udbuddet af illegale stoffer og lægemidler er afgørende. Typisk foretrækkes imidlertid stoffer og indtagelsesmåder, der medfører en kraftig og hurtig indsættende rusvirkning.

### 2.1.4 Fysisk afhængighed og abstinenssymptomer

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.

## 2.2 Generelt om ordination af afhængighedsskabende lægemidler

Læger skal ved ordination af afhængighedsskabende lægemidler være særligt opmærksomme på, at der ved brug af de ordinerede midler kan fremkaldes eller vedligeholdes lægemiddelafhængighed.

Det er som hovedregel ikke acceptabelt, at en læge behandler sig selv gennem længere tid med afhængighedsskabende lægemidler. Såfremt en læge har behov for behandling med afhængighedsskabende lægemidler, bør behandlingen varetages af en anden læge. Skulle en læge undtagelsesvis have behov for at ordinere lægemidler, indeholdende afhængighedsskabende stoffer til sig selv, indskræpes det, at lægen ved ordinationen udviser samme omhu og samvittighedsfuldhed, som han skal udvise ved tilsvarende ordinationer til patienter.

En læge bør som hovedregel ikke ordinere afhængighedsskabende lægemidler gennem længere tid til nærtstående.

Mange patienter er gennem årene blevet afhængige ved ukritisk behandling med opioider, benzodiazepiner m.v. For at undgå afhængighed bør lægen, inden behandling med afhængighedsskabende lægemidler indledes, sammen med patienten lægge en behandlingsplan, hvoraf det bl.a. fremgår, hvilken effekt, hvilke bivirkninger m.v. der forventes af behandlingen, og hvor lang tid behandlingen forventes at vare.

Endelig gælder det for de afhængighedsskabende lægemidler, at lægen skal rådgive om og tilråde forsigtighed vedrørende bilkørsel og maskinbetjening, samt oplyse om faren ved samtidig indtagelse af alkohol.

#### 2.2.1 Ordination til lægens sædvanlige patienter

Behandling af patienter med afhængighedsskabende lægemidler bør som hovedregel varetages/koordineres af patientens sædvanlige læge.

Har lægen patienter, der med regelmæssige mellemrum behandles med afhængighedsskabende lægemidler, bør lægen i tilfælde af ferie eller lignende træffe aftale med patient og apotek om udlevering eller eventuelt med en anden læge om ordination i den pågældende periode, således at patienten ikke selv er henvist til at søge andre læger, herunder vagtlæger.

Såfremt lægen får kendskab til, at en af hans patienter hyppigt behandles af lægevagten med afhængighedsskabende lægemidler, bør lægen orientere lægevagten om hans behandling af patienten, efter indhentet samtykke fra patienten. Nægter patienten at give sit samtykke hertil, skal lægen overveje at ophøre med at behandle med afhængighedsskabende lægemidler.

Lægen bør i de tilfælde, hvor der er tvivl om indikationsstillingen ved længerevarende behandling med afhængighedsskabende lægemidler, lade patienten vurdere af en speciallæge i neurologi eller anæstesiologi, evt. en smerteklinik, og lade denne vurdering indgå i sin bedømmelse.

Ordination af afhængighedsskabende lægemidler ved telefonkonsultation forudsætter et indgående kendskab til patientens helbredstilstand.

### 2.2.2 Ordination til andre end lægens sædvanlige patienter, herunder vagtlægers ordinationer

De lægemidler, der er omfattet af denne vejledning, bør som udgangspunkt ikke ordineres til andre end lægens sædvanlige patienter.

Såfremt omstændighederne nødvendiggør udstedelse af recept, bør der alene ordineres en sådan mængde af det pågældende lægemiddel, at behandlingen er tilstrækkelig ind til egen læge kan kontaktes. Lægen bør sikre sig patientens identitet ved forevisning af sygesikringskort eller eventuel anden legitimation med navn, cpr.nr. og adresse. Endvidere vil der være mulighed for at søge oplysninger om patienten i den Personlige Elektroniske Medicinprofil.

Lægen bør underrette patientens sædvanlige læge om den givne behandling/ ordination. Nægter patienten at give sit samtykke hertil, skal lægen overveje at afstå fra at behandle med afhængighedsskabende lægemidler.

### 2.2.3 Information og samtykke samt videregivelse af helbredsoplysninger

Før og under behandlingen skal patienten informeres om bl.a. den forventede virkning af behandlingen, bivirkninger og komplikationer og på dette grundlag give sit samtykke til behandlingen, jf. sundhedslovens kapitel 5 om patienters medinddragelse i beslutninger.

Med hensyn til muligheden for at videregive oplysninger om patienten og dennes behandling henvises til sundhedslovens kapitel 9 om tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger m.v. Som udgangspunkt skal patienten give samtykke til enhver form for videregivelse af oplysninger. Også videregivelse af oplysninger om patientens behandling til andre sundhedspersoner forudsætter som udgangspunkt samtykke, men loven nævner en række undtagelser, fx hvis der er tale om et aktuelt behandlingsforløb, således at de behandlende sundhedspersoner løbende kan udveksle oplysninger.

Der kræves ikke samtykke til de indberetninger og anmeldelser, som lægen i henhold til autorisationslovens § 19 eller den øvrige lovgivning er forpligtet til at afgive, fx anmeldelserne til den regionale embedslægeinstitution af delegation af behandlingskompetence til egen læge.

Det samme gælder, hvor en læge i sin virksomhed bliver bekendt med, at en person lider af sådanne sygdomme (fx misbrug) eller mangler i fysisk eller sjælelig henseende, at personen, i betragtning af de forhold hvorunder denne lever eller arbejder, udsætter andres liv eller helbred for nærliggende fare. Her er lægen i medfør af autorisationslovens § 44 forpligtet til at søge faren afbødet ved henvendelse til vedkommende selv eller om fornødent ved anmeldelse til pågældende regionale embedslægeinstitution eller Sundhedsstyrelsen. Sådant anmeldelse kræver heller ikke samtykke.

### 2.2.4 Journalføring

Lægen skal journalføre sine ordinationer af de lægemidler, der er omhandlet i denne vejledning.

Optegnelserne skal være udarbejdet i overensstemmelse med Sundhedsstyrelsens bekendtgørelse om bl.a. lægers pligt til at føre ordnede optegnelser.

#### 2.2.5 Rekvirering og opbevaring af afhængighedsskabende lægemidler

De nærmere regler om rekvirering af afhængighedsskabende lægemidler fremgår af Receptbekendtgørelsen.

Afhængighedsskabende lægemidler samt receptblanketter til brug ved ordination heraf skal opbevares forsvarligt og utilgængeligt for uvedkommende personer, såvel når beholdningen forefindes i konsultationslokale m.v. samt ved medtagelse under besøg.

Beholdningen af afhængighedsskabende lægemidler bør indskrænkes til det mindst mulige.

Med hensyn til de nærmere regler for udlevering og opbevaring m.v. af afhængighedsskabende lægemidler henvises til Bekendtgørelse om euforiserende stoffer.

#### 2.2.6 Tilsyn

I medfør af autorisationslovens § 26 og sundhedslovens § 215 er sundhedspersoner underlagt Sundhedsstyrelsens tilsyn. Dette tilsyn udføres lokalt af de regionale embedslægeinstitutioner og indebærer bl.a., at udskrivningen af kopieringspligtige lægemidler overvåges. På baggrund af konkret mistanke foretages endvidere stikprøvekontrol af ordinationer af andre afhængighedsskabende lægemidler på baggrund af oplysninger fra apotekerne og /eller Lægemiddelstyrelsens lægemiddelstatistikregister. Det er Lægemiddelstyrelsen, der afgør hvilke lægemidler, der skal underkastes særlig overvågning (kopiagt), jf. § 4 i receptbekendtgørelsen.

#### 2.2.7 Sanktioner mv.

Autorisationsloven giver Sundhedsstyrelsen mulighed for, at pålægge en læge at føre nøjagtige optegnelser (lister) over dennes ordinationer af afhængighedsskabende lægemidler, såfremt styrelsen anser det for ønskeligt at der føres kontrol med disse. Dette fremgår af autorisationslovens § 35. Listerne indsendes til den regionale embedslægeinstitution

Begår en læge væsentlig overtrædelse af pålægget om at føre optegnelser (lister) eller dersom Sundhedsstyrelsen finder en anden begrundelse for, at afhængighedsskabende lægemidler ordineres på uforsvarlig måde, kan Sundhedsstyrelsen i henhold til autorisationslovens § 36 fratage lægen retten til at ordinere alle eller enkelte grupper af disse stoffer fra 1 til 5 år eller indtil videre.

Sundhedsstyrelsen kan også til Sundhedsvæsenets Patientklagenævn indbringe sager, som styrelsen finder, vil kunne give grundlag for kritik eller anden sanktion.

Såfremt en læge i forbindelse med ordination af afhængighedsskabende lægemidler findes skyldig i grovere eller gentagen forsømmelse eller skødesløshed, kan denne straffes med bøde eller fængsel i indtil 4 måneder, jf. autorisationslovens § 75. Sagen påtales af anklagemyndigheden.

Såfremt en sundhedsperson har udvist alvorlig eller gentagen kritisabel faglig virksomhed, kan Sundhedsstyrelsen påbyde vedkommende at ændre denne, jf. autorisationslovens § 7, stk. 2, 1 pkt. Endvidere kan en autoriseret sundhedspersons virksomhedsområde indskrænkes i medfør af autorisationslovens § 7, stk. 2, 2. pkt.

## 3 Ordination af smertestillende lægemidler i form af opioider

### 3.1 Generelt om opioider

Opioider er samlebetegnelsen for morfin og morfinlignende præparater, overfor hvilke naloxon er den specifikke antagonist. Opioider anvendes i behandlingen af patienter med langvarige/kroniske non-maligne smertetilstande og til behandling af smertetilstande af malign oprindelse samt i den akutte terapi.

### 3.2 Dosisindstilling

I praksis øges opioiddosis gradvist indtil smertefrihed, eller indtil patienten får vedvarende bivirkninger af central art (sedation, svimmelhed, eufori, hallucinationer, kvalme etc.). I sidste tilfælde reduceres dosis herefter til nærmeste lavere bivirkningsfri niveau. Langtidsbehandling med opioider, gennemført efter dette princip, bør ikke være kompliceret af væsentlige bivirkninger af ovennævnte art. Langtidsbehandling med opioider er en vedligeholdelsesbehandling, hvor det blandt andet ved præparatvalg bør tilstræbes, at patienten ikke direkte vil kunne registrere den enkelte dosisindgift.

### 3.3 Smertebehandling

#### 3.3.1 Akutte/postoperative smertetilstande

Moderne principper for behandling med opioider, herunder nyere administrationsformer og kombinationsregimer har gjort det muligt at opnå effektiv analgesi ved langt de fleste akutte/postoperative smertetilstande.

#### 3.3.2 Langvarige smertetilstande

I behandlingen af smerter af malign oprindelse er opioider et af hovedbehandlingsmidlerne, medens der ved opioidanvendelse ved non-maligne smertetilstande bør udvises stor tilbageholdenhed. Komplicerende forhold af psykologisk/psykiatrisk og socioøkonomisk karakter vil hyppigt være en integreret del af den langvarige/kroniske smertetilstand.

### 3.3.2.1 Cancersmertetilstande

Hovedprincippet i en palliativ behandling af patienter med cancer er, at de for patienten generende symptomer, herunder smerter, skal søges behandlet. Behandling af patienter med cancer bør desuden altid indeholde en psykosocial indsats tilpasset patientens behov.

Opioider er de vigtigste grundpræparater i behandlingen af smerter ved cancerlidelser.

Behandlingen bør være døgndækkende og skal primært søges gennemført ved en peroral administration med et langtidsvirkende præparat.

Indikationen for supplerende behandling med non-opioidt analgetikum (NSAID, inkl. acetylsalicylsyre og paracetamol), foruden sekundære analgetika i form af antikvulsiva, antidepressiva m.v. skal løbende vurderes. Ca. 1/3 af patienter med cancer har helt eller delvist opioidufølsomme smerter, hyppigst af neuropatisk karakter. Behovet for hjælpepræparater (fx antiemetika) skal løbende vurderes, og der vil ofte være indikation for en effektiv lakserende behandling.

Hvis acceptabel smertelindring ikke kan opnås uden betydende, intraktable bivirkninger ved en i øvrigt regelret peroral opioidbehandling, kan andre administrationsformer være indiceret – transkutan, kontinuerlig subkutan, epidural (i kombination med lokalanalgetikum) eller spinal (intermitterende eller kontinuerligt) og intravenøs.

### 3.3.2.2 Langvarige/kroniske non-maligne smertetilstande

Smertetilstande af denne type bør vurderes som et kompleks, der i individuelt varierende grad involverer ikke blot fysiske, men også psykiske og socioøkonomiske faktorer. Behandlingen bør således bero på en vurdering af såvel de(n) biologiske smertemekanisme(r) som af de i tilstanden eventuelt indgående behandlingskrævende psykologiske og sociale faktorer.

Som hovedregel bør man være tilbageholdende med opioider til denne patientkategori. Hos enkelte patienter med svære kroniske/langvarige smertetilstande kan opioider imidlertid være et relevant middel til opnåelse af smertelindring.

Kroniske/langvarige smertetilstande vil ofte ikke, eller kun delvist, kunne behandles med opioider, og det vil næsten aldrig være muligt bivirkningsfrit at opnå en total smertefrihed. Effekt kan forventes ved smerter af nociceptiv karakter, hvorimod sædvanligvis kun begrænset virkning vil kunne opnås ved non-nociceptive smertetilstande.

Bivirkninger af central art, som fx sedation eller eufori, skal betragtes som overdoseringsfænomener og bør ikke forekomme i en langtidsterapi.

Indikationen for opioidbehandling skal være gennemtænkt. Patienten skal på anden måde være ubehandlelig og have stærke smerter af opioidfølsom type.

For at undgå abstinensproblemer og minimere risikoen for toleransudvikling er en stabil, døgndækkende terapi med langtidsvirkende præparater afgørende. Behandlingen bør altid være profylaktisk, peroral og døgndækkende med stabile og identiske enkeltdoser indtaget med faste og identiske tidsintervaller. Der er yderst sjæl-

dent/aldrig indikation for behandling med korttidsvirkende opioider oven i behandlingen med de langtidsvirkende præparater. I en langtidsbehandling af smerter vil anvendelse af kortvarigt virkende præparater resultere i en vekslen mellem præparatpåvirkning og lette til svære abstinenssymptomer (gennembrudsabstinenser) - et forhold der kan resultere i et gradvist øget forbrug af de pågældende præparater.

Patienten bør gøres medansvarlig for sin behandling, og inddrages i beslutninger herom. Der bør etableres en aftale mellem patient og behandler, hvoraf det fremgår, at kun én læge er behandlingsansvarlig og ansvarlig for udstedelse af recepter. Dosisændringer bør kun ske efter aftale med den behandlingsansvarlige læge.

Kontinuerlig parenteral behandling i en langtidsterapi er som hovedregel kontraindiceret.

### 3.4 Recidiverende (akutte) smertetilstande

Behandlingsmæssigt skal man skelne mellem egentlige akutte smertetilstande og smertetilstande af et mere kronisk tilsnit visende sig ved exacerbationer i forløbet af en kronisk smertetilstand eller hyppigt recidiverende smertetilstande som fx menstruationssmerter, kroniske rygsmerter, migræne, kronisk pancreatitis o. lign.. Ved sådanne tilstande er risikoen for etablering af et afhængighedsforløb stort, og man bør være yderst tilbageholdende med ordination af opioider. Ved parenteral administration skal der udvises stor tilbageholdenhed.

## 4 Ordination af benzodiazepiner og stoffer, der virker på benzodiazepinreceptorerne

Benzodiazepiner er afhængighedsskabende, og indtagelse vil over tid ofte føre til toleransudvikling, samt udvikling af abstinenssymptomer ved seponering. Risikoen for at udvikle afhængighed af benzodiazepiner tiltager desuden med behandlingens varighed og dosisstørrelse. De benzodiazepiner, der hyppigst misbruges, er de hurtigt absorberbare, som fx diazepam og flunitrazepam

Benzodiazepiner indgår ofte i et blandingsmisbrug med alkohol og andre afhængighedsskabende stoffer. Man skal være tilbageholdende med ordination af benzodiazepiner til personer med tidligere eller aktuel afhængighed af alkohol/og eller andre rusmidler, eller med kroniske angsttilstande, fordi risikoen for udvikling af misbrug her er særlig stor.

Lægen skal, evt. støttet af en specialistvurdering, nøje afveje gevinsten ved behandlingen overfor de ulemper, den kan medføre, herunder risiko for udvikling af tolerans og afhængighed.

Lægen bør i samråd med patienten ved start af enhver behandling med benzodiazepiner udfærdige en behandlingsplan/behandlingsaftale, der beskriver formålet med behandlingen, forventet behandlingsvarighed, tidspunkt for seponering, dosis, kontrol og tilbagemelding om bivirkninger.

#### 4.1 Anvendelsesområde og valg af præparat

Benzodiazepiner har et bredt indikationsområde og kan anvendes til behandling af søvnforstyrrelser, akut situationsbetinget og stress-relateret angst og spænding, samt længerevarende angsttilstande. Benzodiazepiner anvendes desuden ved abstinensstilstande og delir, forårsaget af alkohol- eller medicinmisbrug. Ved behov for uspecifik dæmpning af angst og uro ved en række psykiatriske tilstande (fx skizofreni, paranoide psykoser, agiteret depression) kan benzodiazepiner anvendes. Benzodiazepiner anvendes desuden som beroligende medicin før og under operation, ved mindre kirurgiske indgreb og ved akutte kramper fx feberkramper og kramper forårsaget af indtagne gifte, samt ved muskelspasmer (fx hemiplegisk spasticitet).

Alle benzodiazepinerne har næsten identiske terapeutiske virkninger og bivirkninger. Valg af præparat bør ske ud fra viden om det enkelte præparats omsætning i organismen, herunder absorptions-hastighed, lipofili, forekomst af aktive metabolitter og halveringstid. Ønsker man en kortvarig angstdæmpende eller hypnotisk virkning, er det mest hensigtsmæssigt at benytte et præparat med en relativt kort plasmahalveringstid. Er der derimod tale om en længerevarende behandling af fx kronisk svær angst, er et præparat med lang halveringstid et bedre valg.

Skift mellem de forskellige benzodiazepiner løser ikke de problemer, der kan opstå ved udvikling af tolerans og forekomst af rebound-fænomener, dvs. forstærkede symptomer efter seponering.

Behandlingen bør på grund af abstinenssymptomer gradvist aftrappes over flere uger, og støttende psykoterapi kan anvendes for at lære patienterne at klare eventuelle abstinenssymptomer på en rationel måde.

Der skal i forbindelse med ordination af disse midler gøres opmærksom på, at patienten skal udvise forsigtighed ved bilkørsel og maskinbetjening, og at midlerne forstærker effekten af alkohol.

##### 4.1.1 Særligt ved søvnløshed

Indledning af en behandling med benzodiazepiner mod søvnløshed, bør som hovedregel kun ske i tilfælde, som belaster patienten alvorligt, og hvor tilstanden ikke er tilgængelig for anden form for behandling. Sovemidlerne bør kun bruges i 1-2 uger, og lægen bør kun ordinere en mængde svarende hertil, hvorefter situationen og den medicinske behandling bør vurderes på ny. Førstevalgspræparat ved søvnløshed bør være et af de nyere benzodiazepin-lignende præparater på grund af ringere risiko for afhængighed.

#### 4.1.2 Særligt ved angsttilstande

Benzodiazepiner bør kun ordineres, hvor den sygelige tilstand kan betragtes som belastende, alvorlig og af en vis varighed, samt ikke tilgængelig for anden, evt. non-medikamentel behandling. Det skal dreje sig om velbeskrevne angstsyndromer eller beslægtede tilstande, hvis forløb bør følges løbende og konsekvent under behandlingen. Det er vigtigt, at benzodiazepiner ikke bruges kritikløst mod stress, kriser eller bekymring over almenmenneskelige problemer. For så vidt angår benzodiazepiner som angstdæmpende behandling, bør man stræbe efter en behandlingsperiode på ca. 4 uger. Herefter bør tilstanden vurderes på ny.

Hos patienter i antipsykotisk behandling skal man være opmærksom på, at det kan være risikabelt at kombinere 2. generations antipsykotiske lægemidler (primært clozapin og clozapinlignende præparater som olanzapin og quetiapin) med benzodiazepiner, hvorfor denne kombination almindeligvis bør undgås. Samtidig behandling med 1. generations antipsykotiske lægemidler og benzodiazepiner kan godt finde sted.

#### 4.1.3 Ordination på andre indikationer

Ved forskellige somatiske sygdomme kan der være indikation for en kortvarig anvendelse af benzodiazepiner, men man bør være opmærksom på risikoen for maskering af somatiske symptomer. Benzodiazepiner kan benyttes i akut behandling af visse epileptiske anfald, men ikke forebyggende, fraset clonazepam og clobazam.

### 4.2 Særligt vedrørende ordination til ældre

Ældre er specielt følsomme for præparaternes bivirkninger, dels på grund af aldersbetingede ændringer i farmakokinetik, men også grundet en øget følsomhed på receptorniveau.

Længerevarende behandling med benzodiazepiner kan blandt andet medføre øget faldhyppighed og psykiske forandringer.

Langtidsbehandling (mere end få uger) med benzodiazepiner bør principielt ikke finde sted hos ældre. Såfremt dette undtagelsesvis måtte være indiceret, skal lægen altid meget nøje overveje fordele og ulemper ved behandlingen, og indikationer og overvejelser skal journalføres.

Benzodiazepiner bør ikke ordineres til demente.

## 5 Ordination af afhængighedsskabende lægemidler med centralstimulerende virkning og snævert anvendelsesområde

### 5.1 Centralt stimulerende midler som dexamphetamin, methylphenidat og modafinil

Bør kun anvendes til behandling af narkolepsi og hyperkinetisk forstyrrelse.

Behandling af børn med centralstimulerende midler er nærmere omtalt i Sundhedsstyrelsens vejledning om behandling af børn med antidepressiva, antipsykotika og centralstimulerende midler af den 1. december 2000. Vejledningen tilsigter, at udredning og iværksættelse af behandling af børn med centralstimulerende midler foregår på specialstniveau.

Der er betydelige vanskeligheder med at stille diagnosen hyperkinetisk forstyrrelse (F90)/ADHD (Attention-Deficit Hyperactivity Disorder) 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/ADHD hos voksne kan desuden være vanskelig at diagnosticere, idet voksne i højere grad end børn kompensere for de deficit, de har. Der ses hyppigt psykiatrisk komorbiditet (personlighedsforstyrrelser, depression, angst, misbrug), hvorfor differential-diagnostikken kan være vanskelig. I de senere år er tilstanden fundet hyppigt associeret med stofmisbrug hos voksne.

Diagnosen hos unge/voksne bør altid, bl.a. på grund af den høje psykiatriske komorbiditet, konfirmeres 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 kontraindiceret. 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.

### 5.2 Appetithæmmende midler med centralstimulerende virkning

Behandlingen med appetithæmmende midler med centralstimulerende virkning bør kun ordineres ved væsentlig overvægt med væsentlige medicinske gener, og når andre foranstaltninger findes ineffektive. Behandlingen bør følges tæt sammen med kostvejledning og kontrol af vægttab.

## 6 Ordination af visse andre afhængighedsskabende lægemidler

Erfaringer viser, at visse hostestillende midler, antiparkinson-midler, antihistaminer, præparater med centralnervøs virkning og obstiperende midler kan være afhængighedsskabende og indgå i et misbrug. Som eksempler kan nævnes biperiden, codein, og andre morfinlignende hostemidler. Lægen skal ved ordination af disse stoffer være opmærksom på, at der foreligger risiko for at fremkalde eller vedligeholde afhængighed.

## 7 Substitutionsbehandling af personer med opioidafhængighed

### 7.1 De grundlæggende principper i substitutionsbehandlingen

#### 7.1.1 Kommunernes ansvar for den samlede substitutionsbehandling

De lovmæssige rammer for tilrettelæggelsen af behandlingen fremgår af sundhedsloven (lov nr. 546 af den 24. juni 2006), autorisationsloven (lov nr. 451 af den 22. maj 2006), serviceloven (lovbekendtgørelse nr. 58 af 18. januar 2007) samt retssikkerhedsloven (lovbekendtgørelse nr. 56 af 18. januar 2007).

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 behandlingsindsatsen, og de relevante behandlingstilbud kan tilvejebringes ved at kommunalbestyrelsen selv etablerer behandlingspladser, ved at kommunalbestyrelsen træffer aftale med andre kommunalbestyrelser eller med et regionsråd om at stille behandlingspladser til rådighed, eller ved at kommunalbestyrelsen indgår aftale med private institutioner.

Kommunalbestyrelsen bør ifølge bemærkningerne til sundhedslovens § 142 ved sin afgørelse af, hvorvidt og i hvilken udstrækning behandlingen skal udføres udenfor kommunalt regi lægge betydelig vægt på 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.

Vælger kommunalbestyrelsen at overlade behandlingen til regionsrådet i den region, hvori kommunen er beliggende, er regionsrådet forpligtet til – efter nærmere aftale med kommunalbestyrelsen – at stille behandlingspladser til rådighed og til at yde faglig bistand og rådgivning.

Et regionsråd, med hvilket kommunalbestyrelsen har indgået aftale, kan tilvejebringe behandlingspladser ved aftale med private institutioner. Regionsrådet kan ligeledes tilvejebringe behandlingspladser ved aftale med et andet regionsråd i tilfælde, hvor dette måtte anses for hensigtsmæssigt på grund af fx geografiske forhold eller til varetagelse af særlige behandlingsbehov.

Adgangen til ved aftale at overlade behandlingen til en anden kommune, til et regionsråd eller til en privat behandlingsinstitution omfatter alle stofmisbrugere med bopæl i kommunen.

Såfremt en kommune vælger at tilvejebringe den lægelige behandling ved at kommunalbestyrelsen træffer aftale med andre kommunalbestyrelser eller med et regionsråd om at stille behandlingspladser til rådighed, eller ved at kommunalbestyrelsen indgår aftale med private institutioner, har kommunen dog fortsat det overordnede ansvar for, at patienterne får den behandling, de har krav på. Myndighedsansvaret er således entydigt placeret hos kommunalbestyrelsen i den kommune hvor stofmisbrugeren bor. Det er denne kommune der koordinerer stofmisbrugers samlede behandling, såvel den lægelige som den sociale.

#### 7.1.2 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 Kriminalforsorgen. Enkeltstående ordinationer som led i abstinensbehandling af kort varighed kan foretages af andre læger.

Retten til at ordinere afhængighedsskabende lægemidler som led i stofmisbrugsbehandling kan efter aftale i nærmere bestemte tilfælde delegeres til en anden læge, herunder en alment praktiserende læge eller en praktiserende speciallæge. Det kommunale ansvar omfatter dog også disse situationer, således at det fortsat er bopælskommunen der holder sig orienteret om og følger op på behandlingen og kan tilbagetrække delegationen.

Såfremt delegation finder sted, skal den regionale embedslægeinstitution underrettes herom af den læge, der har delegeret behandlingen. Embedslægeinstitutionen underrettes ligeledes, når behandlingen ikke længere er delegeret.

Såfremt ordination af afhængighedsskabende lægemidler finder sted til en stofmisbruger som led i stofmisbrugsbehandling under længerevarende sygehusophold bør der ske underretning til den læge, der er ansvarlig for den lægelige behandling i det kommunale behandlingssystem for stofmisbrug, såfremt stofmisbrugeren ønsker misbrugsbehandlingen fortsat efter udskrivelse fra sygehus.

De kommunale læger, 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 først 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 Sundhedsstyrelsen "Register over stofmisbrugere i behandling" (SIB).

### 7.1.3 Handleplaner

Kommunalbestyrelsen har i henhold til serviceloven § 141 ansvaret for visitation af stofmisbrugere til sundhedsfaglig og socialfaglig behandling og for at der udarbejdes en handleplan for det nærmere behandlingsforløb m.v. Planen skal omhandle såvel socialfaglige som sundhedsfaglige forhold.

Udarbejdelse af handleplanen for hver enkelt stofmisbruger er nødvendig for at sikre sammenhæng mellem den sundhedsfaglige og den socialfaglige behandling og de sociale problemstillinger i øvrigt.

Den lægelige behandlingsplan, som er nærmere beskrevet i afsnit 7.2.2, 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 udenfor kommunens regi, fx på private behandlingsinstitutioner eller hos alment praktiserende læger eller speciallæger.

Handleplanen danner endvidere udgangspunkt for den løbende opfølgning efter servicelovens § 150 af den sociale indsats. Kommunalbestyrelsen skal løbende følge de enkelte sager for at sikre sig, at hjælpen fortsat opfylder sit formål. Hvis det kan konstateres, at den tildelte hjælp ikke længere opfylder sit formål, må det overvejes, om der er behov for andre former for hjælp.

### 7.1.4 Samarbejde om og sammenhæng i stofmisbrugsbehandlingen

I forhold til den enkelte stofmisbruger danner handleplanen rammen for en samarbejdsproces.

Stofmisbrugere skal give deres informerede samtykke til behandlingen forud for behandlingens iværksættelse og i den forbindelse orienteres om behandlingens indhold og forløb samt de organisatoriske rammer herfor.

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, etc. 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 en kommunikation i god tid inden evt. kendt indsættelse eller løsladelse med henblik på at sikre kontinuitet i behandlingen.

Søger en person behandling for stofmisbrug, skal denne behandling og stofmisbrugerens evt. øvrige behandling koordineres med egen læge. Der skal derfor indhentes samtykke fra stofmisbrugerens til udveksling af relevante helbredsmæssige oplysninger mellem den læge, der er ansvarlig for misbrugsbehandlingen, og stofmisbrugerens egen læge. Uden samtykke kan der ikke udveksles oplysninger mellem behandlerne. Samtykket skal journalføres. Mundtligt samtykke er tilstrækkeligt.

Det bemærkes, at samtykke efter en konkret vurdering kan være en forudsætning for, at det vil være forsvarligt at iværksætte eller videreføre behandling.

Stofmisbrugerens har samme ret som andre patienter til at modtage ydelser fra sundhedsvæsenet, uanset om han/hun i øvrigt er i behandling for stofmisbrug.

Påbegyndes behandling for stofmisbrug i sygehusvæsenets regi, skal der med stofmisbrugerens samtykke ligeledes etableres forbindelse til det kommunale misbrugsbehandlingssystem med henblik på at sikre, såfremt stofmisbrugerens måtte ønske det, videreførelse af behandlingen efter udskrivelse fra sygehus. Ved anden behandling med afhængighedsskabende lægemidler, fx psykiatrisk behandling, skal der ligeledes også med stofmisbrugerens samtykke etableres kontakt til det kommunale misbrugsbehandlingssystem.

## 7.2 Lægens ansvar i den samlede behandling af stofmisbrugerens

### 7.2.1 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.

Der skal indgå en aktuel lægelig vurdering i forbindelse med iværksættelse af behandling for stofmisbrug.

I lægens vurdering/udredning indgår undersøgelse af den enkelte stofmisbruger, optagelse af en grundig misbrugsanamnese og afdækning af evt. ledsagende somatiske og psykiatriske sygdomme. Med stofmisbrugerens samtykke indhentes oplysninger fra tidligere relevante hospitalsindlæggelser og lægekonsultationer, der indgår i den samlede vurdering.

Indikationen for substitutionsbehandling med opioider er altid lægelig og fremgår af afsnit 7.3.1.

### 7.2.2 Lægelige behandlingsplaner

For hvert enkelt behandlingsforløb skal der udarbejdes en lægelig behandlingsplan. Behandlingsplanen skal understøtte handleplanen efter serviceloven.

Af behandlingsplanen skal fremgå, hvad sigtet med den sundhedsfaglige behandling aktuelt er, og hvilke aftaler der er indgået omkring forløbet. Er der foretaget eller planlagt delegation af behandlingen til fx læger ved private eller regionale institutioner, alment praktiserende læge eller anden speciallæge, skal dette nærmere beskrives i behandlingsplanen. Evt. samarbejde og koordinering vedr. stofmisbrugerens sideløbende behandling ved speciallæge skal også beskrives.

Det er den kommunalt ansatte læge, der har ansvaret for de lægefaglige elementer vedrørende stofmisbrugsbehandlingen i den samlede handleplan. Det er også denne der skal sikre sig relevant tilbagemelding, opfølgning og koordination såfremt den lægelige behandling helt eller delvist delegeres til andre, fx en privat eller regional behandlingsinstitution eller en anden kommune/region.

### 7.2.3 Lægelige optegnelser

Journaloptegnelserne skal opfylde de generelle bestemmelser om lægers journalføring.

Det er den læge, der er ansvarlig for behandlingen, der har ansvaret for, at de fornødne oplysninger vedrørende stofmisbrugerens tilstand, undersøgelser, observationer, behandling, indikation for medicinering, patientinformation, m.v. journalføres.

Endvidere skal stofmisbrugerens samtykke til videregivelse af helbredsoplysninger journalføres.

Det er som udgangspunkt alene de sundhedspersoner, der deltager i den sundhedsfaglige behandling af stofmisbruger, der har adgang til patientjournalen. Herudover kan også andre personalegrupper, der deltager i den sundhedsfaglige behandling af stofmisbruger, have adgang hertil, se de almindelige regler om tavshedspligt og videregivelse af helbredsoplysninger i Sundhedslovens kapitel 9. Stofmisbruger har adgang til aktindsigt i sin journal.

I det omfang lægen benytter medhjælp, som omtalt i 7.2.7, skal medhjælpens observationer, handlinger mv. af betydning for behandlingen ligeledes tilføres journalen. Lægen har et selvstændigt ansvar for, at dette sker.

### 7.2.4 Kontakt mellem stofmisbruger og behandlingsstedet

For at kunne varetage den nødvendige diagnosticering og behandling må lægen have en tilstrækkeligt hyppig kontakt med stofmisbruger. Det er ikke muligt at angive meget håndfaste normer herfor. Men i den indledende fase af behandlingen, hvor der evt. skal tages stilling til en dosisindstilling af substitutionsbehandlingen, skal stofmisbruger ses hyppigt, og mindst en gang ugentligt af lægen eller dennes medhjælp, og herefter ca. en gang månedligt med variationer afhængig af stofmisbrugerens tilstand og behandlingsforløb.

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

#### 7.2.5 Samarbejdet med den alment praktiserende læge

Kontakten mellem behandlingsinstitutionen og stofmisbrugers alment praktiserende læge har til formål at koordinere stofmisbrugers samlede medicinske behandling således, at der hos de involverede behandlere er klarhed over, hvilke ordinationer der foretages, og på hvilke indikationer. Stofmisbrugers alment praktiserende læge bør altid informeres, når stofmisbrugeren indskrives til og udskrives af misbrugsbehandling, ligesom der fra misbrugsbehandlingsinstitutionernes side bør være et stående tilbud om faglig rådgivning til alment praktiserende læger vedrørende behandling af misbrugere.

#### 7.2.6 Delegation af behandlingskompetencen

I henhold til § 41, stk. 2, i autorisationsloven kan ordinationsretten, efter aftale i nærmere bestemte tilfælde, overlades fra læger ansat i kommunale eller regionale lægestillinger til en anden læge, herunder en alment praktiserende læge eller en praktiserende speciallæge. Det er den kommunalt ansatte læge, der afgør om substitutionsbehandlingen kan varetages af andre, herunder om behandlingen i større eller mindre udstrækning kan foregå på private eller regionale (døgn)institutioner. Det skal i denne sammenhæng præciseres, at stofmisbrugeren ikke har krav på, at den lægelige behandling delegeres.

Delegation af substitutionsbehandlingen til alment praktiserende læge eller speciallæge forudsætter først og fremmest, at stofmisbrugeren ønsker, at behandlingen delegeres, og at den alment praktiserende læge/speciallægen er indstillet på at forestå behandlingen. Herudover skal stofmisbrugeren kunne honorere de krav, som en behandling hos en alment praktiserende læge/speciallæge stiller. Dette indebærer først og fremmest, at stofmisbrugeren er socialt, psykisk og farmakologisk stabiliseret og har opnået en tilfredsstillende social funktion i forhold til fx bolig, forsørgelsesgrundlag og et rimeligt netværk, samt at stofmisbrugeren kan håndtere apoteksadministreret udlevering af lægemidlet.

Den kommunalt ansatte læge har fortsat ansvaret for den lægelige behandling af stofmisbrugeren, også i de perioder, hvor behandlingen er delegeret til ambulans behandling hos praktiserende læge eller speciallæge eller stofmisbrugeren befinder sig i en privat behandlingsinstitution. Den kommunalt ansatte læge har således ansvaret for, at der er retningslinier/instrukser for behandlingen og skal holde sig orienteret om forløbet og resultatet af et delegeret behandlingsforløb, herunder evt. interkurrente sygdomme og medicinstatus. En delegation bør trækkes tilbage, og et delegeret behandlingsforløb hjemtages, hvis den behandlingsansvarlige læge finder, at behandlingen ikke forløber hensigtsmæssigt.

Den kommunalt ansatte læge 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. Den kommunalt ansatte læge skal ikke føre tilsyn med den medicinske misbrugsbehandling i Kriminalforsorgens institutioner, selvom den kommunalt ansatte læge sædvanligvis vil blive kontaktet af Kriminalforsorgens læge i forbindelse med tilrettelæggelsen af behandlingen af den indsatte. Der bør dog være størst mulig gensidig information mellem den kommunalt ansatte læge og Kriminalforsorgens læge om stofmisbrugerens helbredsmæssige forhold, selvsagt med pågældendes samtykke med henblik på at sikre fortsat hensigtsmæssig behandling efter løsladelse.

Det forhold, at det er kommunen, der har det overordnede ansvar for den samlede misbrugsbehandling, indebærer, at kommunen har et ansvar for at følge stofmisbrugerens, også efter at den medicinske misbrugsbehandling er delegeret til en læge tilknyttet en privat behandlingsinstitution eller en alment praktiserende læge/speciallæge, fx i form af aftalte, regelmæssige tilbagemeldinger. Det indebærer endvidere, at den medicinske misbrugsbehandling skal kunne tilbageføres til kommunen uden ventetid, hvis der på grund af ændringer i stofmisbrugerens tilstand er behov for det, og/eller lægen eller stofmisbrugerens ønsker det.

De private behandlingsinstitutioner har ofte tilknyttet sundhedsfagligt personale til varetagelse af bl.a. abstinensbehandling. Der bør altid, med stofmisbrugerens samtykke, fremsendes fyldestgørende lægelige oplysninger fra den henvisende kommune, herunder behandlingsplan, til brug for det sundhedsfaglige personale ved behandlingsinstitutionen.

#### 7.2.7 Lægens benyttelse af medhjælp

Ordination af receptpligtige lægemidler er forbeholdt læger. En læge kan delegere medicingivning til en medhjælp. Lægen kan som medhjælp benytte såvel autoriserede sundhedspersoner som andre uanset uddannelse og baggrund, herunder social- og sundhedsassistenter, plejere, socialpædagoger, socialrådgivere, fængselsfunktionærer m.m. De personer på en behandlingsinstitution, der varetager medicingivning, fungerer i denne relation som lægens medhjælp.

En læges forpligtelse i medfør af autorisationsloven til at udvise omhu og samvittighedsfuldhed under udøvelsen af sin gerning, gælder også i relation til lægens udvælgelse og brug af medhjælp. Ved brug af medhjælp er lægen ansvarlig for fornøden instruktion og supervision af medhjælpen. Lægen skal afpasse instruktionen og supervisionen efter medhjælpens individuelle behov, hvilket bl.a. vil afhænge af pågældendes uddannelsesmæssige baggrund og kliniske erfaring.

Både autoriserede og ikke-autoriserede sundhedspersoner har et selvstændigt ansvar, når de handler som lægens medhjælp.

I nogle situationer kan en læge benytte medhjælp til vurdering af behandlingsbehov og iværksættelse af behandling med medicin. Lægen skal have taget stilling til den konkrete patient, hvilket skal fremgå af journalen. Det skal ligeledes fremgå af journalen, hvilke indikationer og symptomer der skal være til stede, før medhjælpen kan behandle patienten med medicin. Lægen skal sikre sig, at medhjælpen er oplyst om de forskellige lægemidlers virkninger og bivirkninger. Instruktionen bør intensiveres i det omfang, der er tale om anvendelse af mere potente lægemidler.

Lægen kan ordinere medicin til en konkret patient efter behov (p. n.). I disse situationer kan lægen benytte medhjælpen til at vurdere patientens behandlingsbehov og

iværksætte behandling med medicin inden for fastsatte rammer (dosis, doseringshyppighed eller – interval og maksimal dosis).

Ved nogle velbeskrevne sygdomstilfælde kan lægen benytte medhjælpen til at iværksætte en standardbehandling med medicin. En læge kan i så fald ordinere med henvisning til fastsat instruks vedrørende det pågældende lægemiddel ("efter skema"). Ordinationen skal indføres i journalen.

### 7.3 Faglige anvisninger vedrørende den medikamentelle substitutionsbehandling ved opioidafhængighed

Formålet med substitutionsbehandling er at stabilisere stofmisbrugeren farmakologisk, socialt og psykisk. Det kan som regel opnås ved en lægeligt styret behandling med peroral indgift af en tilstrækkelig og konstant dosis af et langtidsvirkende opioid.

Den medikamentelle behandling skal ledsages af en psykosocial behandling, der retter sig mod stofmisbrugers psykiske symptomer og de sociale problemstillinger, stofmisbrugeren frembyder, inklusive bolig-, uddannelses-, forsørgelses- og beskæftigelsesmæssige problemer. For de fleste stofafhængige vil en substitutionsbehandling i kortere eller længere perioder være en forudsætning for, at de kan indgå i den psykosociale behandling.

Stofmisbrugere, der er 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. Personen kan fungere normalt og opretholde et arbejde på lige fod med andre.

#### 7.3.1 Indikationer

Substitutionsbehandling indgår som en del af den sociale handleplan. Beslutningen om at tilbyde substitutionsbehandling skal således vurderes i lyset af, hvorvidt substitutionsbehandling er relevant i forhold til at realisere de mål, der indgår i denne plan. 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.

- Stofmisbrugeren 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 i et forpligtende samarbejde over en ukendt, men oftest meget lang tidsperiode.
- Gravide stofmisbrugere, der ønsker at gennemføre graviditeten, bør tilbydes substitutionsbehandling, hvis afgangning ikke er realistisk.

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

Buprenorphin bør være førstevalgspræparat pga. den lave toksicitet og den formentlig ringere risiko for udvikling af afhængighed.

Principperne for induktion med henholdsvis buprenorphin og metadon er afgørende forskellige og fremgår af nedenstående tabel:

	Buprenorphin	Metadon
Klinisk tilstand ved 1. dosis	Begyndende abstinenssymptomer  (mhp at undgå præcipiterende abstinenssymptomer)	Ikke påvirket  (mhp at undgå metadonforgiftning)
Startdosis	Startdosis (testdosis) 4 mg, herefter dosisøgning i 1. døgn	Lav, 20-30 mg i første døgn
Dosisindstilling	Hurtig dosisøgning.  Steady state opnås efter 2-3 døgn	Langsom dosisøgning.  Steady state opnås efter 2-6 uger

### 7.3.2 Buprenorphin

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

Buprenorphin findes i to lægemiddelformer:

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

Naloxon er en antagonist på  $\mu$ -opiod-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 naloxon sublingualt. Ved intravenøs indtagelse får man en påvirkning af naloxon med udvikling af abstinenssymptomer eller manglende stofvirkning.

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

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.

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.

Ved 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 buprenorfin, både ved nedtrapning og ved vedligeholdelsesbehandling. Buprenorfin bør være førstevalgspræparat til opioidafhængige, som ikke har været i behandling før. Ved behandling af et langvarigt misbrug af opiater med lang halveringstid (f. eks metadon) kan umiddelbar iværksættelse af behandling med buprenorfin være vanskeliggjort af høje doser metadon. Her kan det være hensigtsmæssigt initialt at substituere med metadon med henblik på et senere skift til buprenorfin. Metadondosis bør være reduceret til højst 40 mg før skift til buprenorfin.

## Induktion

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

Vejledende tidsintervaller fra sidste opioidindtag til begyndende abstinenssymptomer er:

Heroin	Ca. 8 timer
Metadon 20 mg	Ca. 24 timer
Metadon 30 mg	Ca. 30-36 timer
Metadon 40 mg	Ca. 48 timer

### Dag 0

Det er vigtigt for en vellykket induktion med buprenorfin, at patienten informeres om buprenorphins virkningsmekanisme, nødvendigheden af opnået opioidabstinens samt, hvordan induktionen skal foregå den følgende dag. Det kan evt. være hensigtsmæssigt med en kortvarig symptombehandling med et benzodiazepin for, at patienten kan udholde abstinenssymptomerne i dette døgn.

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

### Dag 1

Normal begyndelsesdosis (testdosis) er 4 mg, som øges med 2 mg 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 påbegyndes 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 evt. abstinenser.

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 induktion, at der gives sufficient dosis i de første døgn. Alt for mange mislykkede induktioner skyldes for lav dosering, hvor patienten unødigt fortsætter med at have abstinenser 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 udover medicineringen med buprenorfin. Vedligeholdelsesdosis er individuel, normalt mellem 8-16 mg. Maksimal dosis er 24 mg dagligt.

### Dag 5 og frem

Herfra kan vedligeholdelsesbehandling eller nedtrapning planlægges.

I de første 2 uger af behandlingen vil patienterne ofte klage over forbigående gener med forekomst af dysphori, angst og søvnproblemer. Symptomatisk behandling kan være nødvendig.

#### Præcipiterede abstinenssymptomer

Hvis første dosis buprenorfin indtages, hvor abstinenssymptomerne ikke er tydelige, kommer buprenorfin til at fungere som antagonist.

Behandlingen af de præcipiterede abstinenssymptomer er suppleret af det allerede givne buprenorfin for at opnå fuld mætning med buprenorfin på receptorerne.

#### Bivirkninger, interaktioner

Der henvises til [www.medicin.dk](http://www.medicin.dk)

#### Nedtrapning

Skal tidligst påbegyndes efter passende stabilisering og bør ikke foregå hurtigere end aftrapning med ½-1 mg pr. dag under monitorering af patientens almene tilstand. Det er hensigtsmæssigt på forhånd med patienten at aftale, 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.

#### Intervalldosering

Ved tilfredsstillende stabilisering kan man øge dosisintervallerne til hver 2. dag med den dobbelte individuelt justerede dosis. 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 dog aldrig overskride en maksimal enkeltdosis på 32 mg/daglig.

#### Skift fra metadon til buprenorfin

Det er ikke rekommanderet at skifte fra højere doser end 40 mg metadon til buprenorfin.

Ved metadondoser over 40 mg kan skift til buprenorfin foregå ved først at omstille patienten fra metadon til et korterevirkende opiat som fx morfin. Dette foregår ved gradvist at erstatte metadon med ækvivalente doser morfin (15 mg metadon peroralt svarer til 25-30 mg morfin peroralt). Skiftet til morfin kan ske over nogle dage, hvor man fx fjerner 50 mg metadon pr. dag og substituerer det med morfin. Man skal være opmærksom på morfins hyppigere doseringsintervaller. Når hele metadondosis er substitueret med morfin og patienten er stabil, bør morfinbehandlingen vedligeholdes ca. en uge før skift til buprenorfin. Ved skift til buprenorfin seponeres morfinbehandlingen, udvikling af abstinenssymptomer afventes og behandlingen med buprenorfin kan påbegyndes som beskrevet tidligere.

### Skift fra buprenorphin til metadon

Buprenorphin kan seponeres på en hvilken som helst dosis. Ved ophør med buprenorphin kan metadonbehandling initieres ca. 24 timer efter med 10-30 mg metadon og herefter med langsom øgning under monitorering af patientens tilstand.

### Akut smertebehandling

Når supplerende opioid er nødvendig ved akutte smerter hos patienten i substituitionsbehandling med buprenorphin, vil en øgning af buprenorphindosering kun have begrænset effekt. I stedet skal først afsøges 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 tilrådes. Når de akutte smerter er overstået, kan patienten skiftes tilbage til buprenorphin efter vanligt induktionsregi.

### Antagonistbehandling ved overdosering

Indgift af naloxon udløser abstinenssymptomer, men de doser, der kræves hertil, er ca. 10 gange større hos stofmisbrugere i behandling med buprenorphin end hos stofmisbrugere i behandling med metadon eller morfin. Væsentligste behandling ved overdosering er sikring af fri luftveje og assisteret ventilation.

### 7.3.3 Metadon

Metadon er en komplet opioid agonist.

Metadon kan blokere abstinenssymptomer i mere end 24 timer. Hos flertallet af stofmisbrugere, kan metadon reducere eller eliminere stoftrang. Forudsat at metadon er korrekt doseret, kan metadon blokere for den euforiserende virkning af normalt anvendte heroinmængder uden at påvirke de psykomotoriske funktioner.

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

### Induktion

Når en behandling iværksættes, har man normalt ikke kendskab til den behandlede tolerans overfor 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 hyppigst hver anden dag, indtil tilstanden er stabil, således at der hverken er abstinenssymptomer eller symptomer på overdosering. Dosisindstillingsperioden er 2-3 uger eller længere. Vedligeholdelsesdosis vil normalt ikke overskride 120 mg.

Metadon administreres normalt en gang dagligt. Under afgiftning ved reduktion til doser under 40 mg pr. døgn, kan det være nødvendigt at administrere 2 gange dagligt for at opnå en tilstrækkelig døgndækkende virkning.

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

Behandling med injicerbar metadon er ikke standardbehandling og skal ske under iagttagelse af Sundhedsstyrelsens vejledning om anvendelse af injicerbar metadon i forbindelse med substitutionsbehandling af 25. juli 2006.

#### Bivirkninger, interaktioner

Der henvises til [www.medicin.dk](http://www.medicin.dk)

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

#### 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 med patienten at aftale, 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 på heroin.

#### 7.3.4 Akut iværksættelse af afgangning og substitutionsbehandling hos personer, som lægen har et ringe eller intet kendskab til

Der skal udvises stor forsigtighed ved akut ordination af substitutionsmedicin til personer, som lægen har et ringe eller intet kendskab til, ex. i arresthuse.

Substitutionsbehandling må først indledes efter, at lægen har sikret sig

- at der er tydelige abstinenssymptomer og
- at patienten ikke er medicinpåvirket.

Iværksættelse af substitutionsbehandling under disse omstændigheder følger også de generelle vejledninger for iværksættelse af behandling med henholdsvis buprenorphin og metadon, jf. afsnit 7.3.2 og 7.3.3.

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

#### 7.3.5 Behandlingen af særlige grupper

Der er grupper af stofmisbruger, hvor det er nødvendigt at iværksætte særlige sikkerhedsforanstaltninger, og/eller hvor substitutionsbehandlingen nødvendiggør særlige organisatoriske/ administrative rammer.

##### Gravide

Substitutionsbehandling af gravide er en specialistopgave på grund af risikoen for fosterskader og bør varetages i samarbejde med obstetrisk afdeling. Evt. afgiftning bør normalt foretages i 2. trimester for ikke at fremprovokere spontan abort/for tidlig fødsel. Metadondosisreduktion bør være beskeden – svarende til 5 mg metadon pr. uge. Da der ikke foreligger tilstrækkelige erfaringer med brug af buprenorphin i graviditeten, bør gravide i substitutionsbehandling med dette præparat normalt skiftes til metadon. Hensynet til kompliance med den obstetriske behandling kan dog tale for, at gravide i stabil buprenorphinbehandling kan fortsætte denne.

##### Blandingsmisbrugere

Blandingsmisbrugere bør kun tilbydes substitutionsbehandling med opioider, når der foreligger opioidafhængighed, og ikke kun et mere eller mindre sporadisk misbrug af heroin i tillæg til misbrug af en række andre stoffer (alkohol, amfetamin, kokain, hash, benzodiazepiner).

##### Psykotiske stofmisbrugere

Behandlingen af psykotiske stofmisbrugere er en specialistopgave. Psykotiske stofmisbrugere bør tilbydes substitutionsbehandling efter samme retningslinier som ikke-psykotiske. De profiterer sædvanligvis af behandlingen, og denne vil oftest være nødvendig for at sikre compliance til den antipsykotiske behandling. Behandlingen bør normalt foregå i psykiatrisk regi.

##### Smertebehandling

Stofmisbrugere i substitutionsbehandling har normal eller nedsat smertetolerans, og de skal derfor behandles lige så intensivt som andre patienter med smerter. Misbrugere med akutte, svære smerter behandles med opioider og ikke-opioide analgetika, samt ændret dosering af metadon. Der skal lægges en plan for smertebehandlingen ved indledningen. Substitutionsbehandlingen i øvrigt ændres primært ved at fordele stofmisbrugerens døgn-metadondosis på 3–4 doser.

#### 7.3.6 Substitutionsbehandling og kørekort

Sundhedsstyrelsen anbefaler sædvanligvis ét års tidsbegrænsning for kørekort til kategori A, B, C, D og E til ansøgere i fast vedligeholdelsesbehandling med meta-

don, såfremt daglig dosis ikke overstiger 120 mg – og såfremt der ikke er helbredsmæssige forhold i øvrigt, som taler imod kørekort.

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

Ækvivalentalgetiske doser stærk smertestillende medicin til personer med kronisk smertetilstand og fast behandling gennem længere tid fremgår af [www.medicin.dk](http://www.medicin.dk).

Sundhedsstyrelsen anbefaler ikke kørekort til erhverv B og D til personer i behandling med metadon eller stærkt smertestillende medicin.

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.

#### 7.4 Ordination af benzodiazepiner til patienter i substitutionsbehandling

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

Det er en udbredt klinisk erfaring, at benzodiazepinafhængige udøver et solidt pres for at få lægen til at ordinere benzodiazepiner. Dette har i en række tilfælde resulteret i betænkeligt høje doser og polyfarmaci og medført, at et én gang etableret forbrug nemt stiger på grund af toleransudvikling.

Benzodiazepiner har som udgangspunkt ingen plads i behandlingen af stofmisbrugere på grund af afhængighedspotentialet og den negative påvirkning af de kognitive funktioner, som svækker udbyttet af den psykosociale behandling. Ordineres benzodiazepiner undtagelsesvis til stofmisbrugere, skal ordinationen overvejes kritisk i hvert enkelt tilfælde, og præparatvalget skal forenkles. Ordinationen skal være tidsbegrænset til max. 4 uger.

Langtidsbehandling (mere end få uger) med benzodiazepiner bør principielt ikke finde sted hos stofmisbrugere. Såfremt dette undtagelsesvis måtte være indiceret, skal lægen altid meget nøje overveje fordele og ulemper ved behandlingen.

Det er vigtigt, at den læge, der behandler patienten for stofmisbrug, tillige tager stilling til patientens forbrug af benzodiazepiner, således at disse ordinationer ikke sker ved patientens egen læge eller evt. speciallæge uafhængigt af misbrugsbehandlingen.

De anbefalede doser for korttidsbehandling bør ikke væsentligt overskrides. Det mest hensigtsmæssige benzodiazepin til behandling af stofmisbrugere er karakteriseret ved langsom absorption, lav lipofilitet og uden ophobning af farmakologiske aktive metabolitter. Oxazepam udmærker sig ved at opfylde ovenstående

kriterier og bør derfor vælges, hvis behandling med benzodiazepiner er uomgængelig.

Til misbrugere, der ikke er benzodiazepinafhængige, evt. kun har et sporadisk misbrug, er det kun yderst sjældent indiceret, at der indledes behandling med benzodiazepiner.

Benzodiazepinafhængighed diagnosticeres efter ICD 10-kriterierne. Diagnosen er klinisk og baserer sig på observation og grundig stofanamnese, evt. suppleret med urinprøver samt oplysninger om andre lægers ordinationer.

Abstinensbehandling kan ske med oxazepam maksimalt 60 mg i døgnet, hvilket effektivt forebygger abstinenskramper. Døgnosis reduceres med 10–20 % med 1–2 ugers interval. Kontrolleret indgift bør tilstræbes.

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

Benzodiazepiner bør helt undgås i behandlingen af søvnproblemer hos personer med stofmisbrug. Alternativt kan vælges højdosisantipsykotikum til natten, eventuelt benzodiazepinanalogue (zolpidem, zopiclon, zaleplon) i 1–2 uger.

Til brug for ambulant behandling af alkoholabstinenssymptomer er chlordiazepoxid velegnet i overvåget og lægestyret behandling efter almindelige principper, der benyttes til ikke-stofmisbrugende personer.

## 7.5 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.

### 7.5.1 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 samarbejder om behandlingen er sikret. Udenfor hverdage bør der udleveres mindst mulige mængde medicin til selvadministration.

### 7.5.2 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.

### 7.5.3 Kontrolforanstaltninger

Urinalyse og klinisk vurdering kan indgå i den løbende vurdering af, om behandlingsmålet opnås. 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 stofmisbrugerens ressourcer og færdigheder, og der skal tages hensyn til stofmisbrugerens muligheder for at leve en så normal tilværelse som muligt.

### 7.5.4 Afbrydelse af substitutionsbehandlingen

En beslutning om at afbryde en substitutionsbehandling i utide mod stofmisbrugerens ønske skal overvejes nøje. En beslutning om 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 overfor 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 Ikrafttræden

Vejledningen træder i kraft den 8. juni 2007. Samtidig ophæves Sundhedsstyrelsens cirkulære nr. 12 af 13. januar 2003 om ordination af afhængighedsskabende lægemidler med tilhørende vejledning og vejledning vedrørende akut iværksættelse af afgiftning og substitutionsbehandling hos personer som lægen har et ringe eller intet kendskab til af 12. februar 2007.

*Sundhedsstyrelsen, den 8. juni 2007*

Anne Mette Dons  
Kontorchef, overlæge

Helle Petersen  
Læge