

Guideline til læger, der behandler børn og unge med skadeligt brug eller afhængighed af opioider

1.0

Dansk Selskab for Addiktiv Medicin
Dansk Pædiatrisk Selskab
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab
Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi

Guideline til læger, der behandler børn og unge med skadeligt brug eller afhængighed af opioider

ISBN 978-87-976009-0-0

Version 1.0 – 10. September 2025

Copyright ©

Dansk Selskab for Addiktiv Medicin, www.addiktivmedicin.dk

Dansk Pædiatrisk Selskab, www.paediatri.dk

Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab, www.bupnet.dk

Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi, www.dskf.dk

Grafisk tilrettelæggelse er sponsoreret af KABS VIDEN

Grafisk design: Sanne Støvelbæk 1:60 – www.en60.dk

Citat er tilladt med kildeangivelse

Indhold

| | |
|---|----|
| Introduktion til guideline | 6 |
| Formål | 6 |
| Målgruppe | 6 |
| Om denne guideline | 6 |
| Læsevejledning | 7 |
| Patientgruppe | 7 |
| Opioider | 7 |
| Anbefalinger | 8 |
| Lovgrundlag | 9 |
| Lægelig behandling for stofmisbrug | 9 |
| Adgang til ordination af substitutionsmedicin | 9 |
| Pligt til behandling af akutte abstinenser | 9 |
| Social behandling for stofmisbrug | 9 |
| Klager over behandlingen | 10 |
| Tavshedspligt | 10 |
| Samtykke til behandling | 10 |
| Underretning | 11 |
| Ungevenlig rusmiddelbehandling | 12 |
| Børn og unge i sundhedsvæsenet | 13 |
| Døgnåben abstinensrådgivning | 13 |
| Børnemodtagelser og akutmodtagelser | 13 |
| Den praktiserende læge | 14 |
| Lægelig udredning | 15 |
| Screening | 15 |
| Rusmiddelanamnese | 15 |
| Psykosocial anamnese | 16 |
| Somatisk anamnese | 16 |
| Psykiatrisk anamnese | 17 |
| Objektiv undersøgelse | 17 |
| Objektiv somatisk undersøgelse | 17 |
| Objektiv psykiatrisk undersøgelse | 18 |
| Parakliniske undersøgelser | 19 |
| Urinprøver | 19 |
| Diagnostik | 20 |

| | |
|---|----|
| Lægelig behandlingsplan | 20 |
| Forebyggende indsatser | 20 |
| Opfølgning på den lægelige behandlingsplan | 21 |
| Tværfaglig rusmiddelbehandling | 21 |
| Forebyggelse af overdosis og smitte | 22 |
| Udlevering af naloxon næsespray | 22 |
| Smitte profylakse | 22 |
| Dobbeltdiagnose | 23 |
| Abstinensbehandling | 24 |
| Fremgangsmåde | 24 |
| Vejledende doser i opioid-abstinensbehandling | 25 |
| Scoreredskaber | 25 |
| COWS | 25 |
| SOWS | 25 |
| Substitutionsbehandling | 26 |
| Varighed af substitutionsbehandling | 27 |
| Medicinhåndtering og opbevaring af medicin | 27 |
| Løbende kontakt til stofbehandlingstilbud | 28 |
| De illegale opioider | 29 |
| Tramadol | 29 |
| Tramadol-forgiftning | 29 |
| Tramadol og serotonin-seponeringssymptomer | 29 |
| Oxycodon | 29 |
| Methadon og buprenorphin | 29 |
| Heroin | 29 |
| Fentanylanaloger og nitazener | 29 |
| Opioider der anvendes som substitutionsmedicin | 30 |
| Buprenorphin | 30 |
| Methadon | 31 |
| Naltrexon | 31 |
| Off-label-behandling | 31 |
| Lægemidler til behandling af opioidafhængighed | 32 |
| Behandlingsprincipper | 33 |
| Trinvis behandlingstilgang | 33 |
| Rådgivning om udtrapning uden medicinsk behandling | 33 |
| Faser i den medicinske behandling | 33 |

| | |
|---|-----------|
| Principper for dosering | 33 |
| Iværksættelse af substitutionsbehandling med buprenorfin | 34 |
| Dag 1 | 34 |
| Dag 2 | 35 |
| Dag 3 | 35 |
| Mikrodosering | 37 |
| Intervaldosering | 38 |
| Præparatskift | 38 |
| Skift fra sublingual buprenorfin til subkutan depot-buprenorfin | 38 |
| Skift fra sublingual buprenorfin til methadon | 38 |
| Skift fra subkutan depot-buprenorfin til methadon | 38 |
| Dosisjustering | 39 |
| Udtrapning | 40 |
| Pauser i substitutionsbehandling | 42 |
| Pause i behandling med sublingual buprenorfin | 42 |
| Pause i behandling med subkutan depot-buprenorfin | 43 |
| Pause i behandling med methadon | 43 |
| Blandingsmisbrug | 44 |
| Behov for forskning og dataindsamling | 45 |
| Litteraturliste | 46 |
| Bilag 1 COWS - Clinical Opiate Withdrawal Scale | 49 |
| Bilag 2 SOWS - Subjective Opiate Withdrawal Scale | 51 |
| Bilag 3 DUDIT - Drug Use Disorders Identification Test | 52 |
| Bilag 4 Sundhedsstyrelsens litteratursøgninger | 54 |
| Bilag 5 Sundhedsstyrelsens anbefalinger til kommunerne | 64 |
| Appendiks Baggrund og trends i det danske opioid-problem | 67 |
| Redaktionelt | 68 |

Introduktion til guideline

Formål

Udbredelsen af opioider er i fremmarch i Danmark og involverer i stigende grad de unge under 18 år. Viden er begrænset, og risikovilligheden blandt brugerne tilsvarende stor. Receptbelagte lægemidler indgår i blandingsmisbrug sammen med legale som illegale rusmidler med – i blandt – ukendt indhold.

Både kommuner og læger giver udtryk for rådvildhed ved opgaven med at forebygge og behandle børn og unge og har efterlyst vejledninger fra centralt hold. Skadestuer og børneafdelinger efterlyser oversigter om kommunernes tilbud til behandling af misbrug hos børn og unge under 18 år. Der findes få instrukser og guidelines på området, både nationalt og internationalt.

Dette har inspireret til udarbejdelsen af nærværende danske guideline. Formålet med denne guideline er at kvalificere læger til at varetage behandling af børn og unge med skadeligt brug eller afhængighed af opioider. Det er samtidig forhåbningen, at denne guideline kan bidrage til at styrke sammenhængen mellem en social og sundhedsfaglig behandlingsindsats.

Guideline har været i høring, og der er modtaget svar fra en række offentlige myndigheder, interesseorganisationer, lægefaglige selskaber og NGO'er. Vi vil gerne rette en stor tak for de mange grundige og relevante forslag til forbedringer, hvoraf de fleste har fundet vej i nærværende version af guideline.

Regeringsprogrammet *Ungdom uden opioider*¹ (oktober 2024) omfatter et nationalt kompetencecenter, som skal indsamle og formidle viden om substitutionsbehandling af blandt andet børn og unge. Det er forfatterens håb, at guideline vil finde anvendelse i denne sammenhæng.

Målgruppe

Målgruppen for brug af denne guideline er læger ved kommunale og regionale stofbehandlingstilbud, godkendte private behandlingssteder, almen praksis, kriminalforsorgen samt hospitaler.

Læsere som er interesserede i et resumé af baggrund, trends og udfordringer i det danske opioid-problem, henvises til det afsluttende appendiks.

Om denne guideline

Denne guideline har form af en praktisk vejledning til læger til brug i den daglige klinik, og indeholder en række anbefalinger. Hovedparten af anbefalingerne hviler på sparsom dokumentation og evidens, og i højere grad på teoretiske overvejelser, klinisk erfaring og ekstrapolering fra undersøgelser af voksne. Guideline kan downloades fra de involverede selskabers hjemmesider (se kolofon).

Sundhedsstyrelsen har i 2023 lavet en søgning efter internationale guidelines om substitutionsbehandling af børn og unge med opioidafhængighed og vurderet kvaliteten af disse. I forlængelse heraf tilsendte styrelsen i maj 2024 landets kommuner en række foreløbige anbefalinger om *Substitutionsbehandling af unge under 18 år med opioidafhængighed* (se bilag 5).

Anbefalingen var så vidt muligt at anvende kombinationspræparatet buprenorphin/naloxon som resoriblet, hvilket er godkendt til personer ned til 15 år. Samtidig opridsedes reglerne omkring off label behandling af børn og unge under de gældende aldersgrænser.

I et vedhæftet *Bilag til notat om substitutionsbehandling af unge under 18 år med opioidafhængighed* redegjorde Sundhedsstyrelsen for søgestrategi og styrke af evidens ved gennemgangen af de fundne kilder i videnskabelige databaser, på internettet m.v. (se bilag 4).

Via søgningen har styrelsen identificeret to canadiske guidelines, som er vurderet relevante ud fra, at de opfylder internationale standarder for gennemsigthed, høj kvalitet og metodisk stringens^{2,3}. For begge guidelines gælder det, at anbefalingerne er udarbejdet på baggrund af undersøgelser af personer, der er 18 år eller ældre. Imidlertid er der konsensus i forfattergruppen bag de to guidelines, at anbefalingerne også er relevante og anvendelige for børn og unge i alderen 12-17 år.

Den første af de to udvalgte canadiske guidelines, som er fra 2018 og retter sig mod unge² er et supplement til en guideline⁴ om behandling af voksne med problematisk brug og afhængighed af opioider. Denne guideline til voksne er opdateret i 2023⁵ efter at Sundhedsstyrelsen foretog sin litteratursøgning. Det giver dog ikke anledning til ændringer af anbefalinger af behandlingen af unge. Den anden canadiske guideline, som Sundhedsstyrelsen har vurderet relevant³, er suppleret med et tillæg i 2024^{6,7},

der indeholder justeringer i forhold til præparatvalg hos voksne, som ikke er beskrevet nærmere i nærværende guideline.

Læsevejledning

Nærværende guideline skal læses og anvendes i sammenhæng med Sundhedsstyrelsens vejledning til substitutionsbehandling, som beskriver de overordnede rammer for behandlingen.

Den sundhedsfaglige behandling må ikke stå alene, og lægen skal derfor være opmærksom på den nødvendige sammenhæng mellem de sundhedsfaglige og de sociale indsatser. Denne opmærksomhed betyder, at guideline løbende inddrager baggrunden for og indholdet af den helhedsorienterede behandlingstilgang. Pga. denne kompleksitet anbefales det, at guideline læses i sin helhed. Det betyder samtidig, at guideline er mindre egnet som opslagsværk.

For læger, som møder børn og unge med skadeligt brug eller afhængighed af opioider i akutte sammenhænge i sundhedsvæsenet, vil det især være afsnittene om børn og unge i børnemodtagelser, akutmodtagelser og hos den praktiserende læge samt afsnittet om abstinensbehandling, som vil være anvendelige og evt. danne udgangspunkt for lokale instrukser eller action cards.

Patientgruppe

Denne guideline fokuserer på børn og unge op til 25 år med skadeligt brug eller afhængighed af opioider. Stedvis i teksten er præciseret, hvor anbefalingerne alene drejer sig om børn og unge under 18 år. Børn og unge, som har udviklet en iatrogen isoleret fysisk afhængighed af opioider som led i behandling af smerter, er ikke omfattet af denne guideline.

Gruppen af unge med skadeligt brug af opioider er præget af stor diversitet og variation, fra unge som går i skole og primært bruger opioider rekreativt eller til hverdagsmestring, over unge med eksperimenterende stofbrug og til unge med svære psykiske og eller sociale belastninger⁸.

Tilsvarende varierer brugen af rusmidler fra lave til moderate doser af f.eks. tramadol indtaget peroralt, til høje doser af f.eks. oxycodon indtaget ved snifning og eventuelt som led i et blandingsmisbrug.

Psykiske, fysiske og sociale problemer har ofte betydning for, at den unge udvikler et problematisk rusmiddelforbrug / afhængighed samtidig med, at de samme faktorer kan være en konsekvens af rusmiddelbruget. Derfor er der brug for en helhedsori-

enteret behandlingsindsats, hvor social- og substitutionsbehandling er koordineret og integreret, hvor der er et helhedsperspektiv på den unges hele liv, og hvor der foretages en afdækning af, om der er behov for andre relevante indsatser.

Unge har, afhængig af udviklingstrin og modenhed, ofte større vanskeligheder med langsigtet planlægning, konsekvensberegning og impuls kontrol end voksne. Ungdomsårene er generelt en periode præget af stigende autonomi, løsrivning fra forældre og identitetsdannelse. Unges indstilling til risikoadfærd, herunder brug af rusmidler, påvirkes også i høj grad af deres sociale netværk⁹.

Den umodne hjerne er herudover ekstra sårbar overfor påvirkning af rusmidler, og der skal ofte kun en mindre udsættelse for rusmidler til, før der udvikles afhængighed¹⁰.

Unge rusmiddelbrugere adskiller sig ofte fra de ældre ved at have højere forekomst af blandingsmisbrug, nedsat evne til at identificere og erkende abstinenssymptomer, nedsat tilbøjelighed til at forstå de negative konsekvenser af rusmiddelbruget og nedsat tilskyndelse til at søge hjælp².

Unge, som bruger opioider, er typisk præget af ambivalens, hvor de ofte gerne vil, men har svært ved at ophøre indtaget af stoffer, og ofte er deres kontakt til rusmiddelbehandling foranlediget af forældre eller professionelle. De unges vanskeligheder med at stoppe skyldes de negative konsekvenser af afhængigheden i form af stoftrang, frygt for abstinenssymptomer og forværring af psykiske symptomer¹¹.

Unge er generelt vanskelige at fastholde i behandling og har øget sandsynlighed for tilbagefald til opioidmisbrug, både sammenlignet med voksne med opioidmisbrug og med unge med andet rusmiddelbrug end opioider^{12, 13, 14}.

Opioider

Opioider er en gruppe af stoffer, som omfatter heroin, morfin, methadon, tramadol, oxycodon, kodein, fentanyl, buprenorfin m.fl. Heroin har i over 50 år været det dominerende opioid blandt danske stofbrugere, primært indtaget ved injektion eller rygning. Nu ser det imidlertid ud til, at opioider i tabletform har indtaget en plads som eftertragtet rusmiddel. Ikke mindst tramadol og oxycodon.

Alle opioider virker på My-opioid-receptorerne, hvor de udløser virkninger som f.eks. eufori, smertelindring, afslappelse, ro, dødsighed. Men også risiko for hæmning af vejrtrækningen og tab af bevidst-

hed og efter kort tids brug desuden afhængighed med toleranceudvikling og abstinenser.

For praktiske formål adskiller opioider sig fra hinanden ved deres styrke, hvor hurtigt virkningen ind sætter og hvor længe den varer. Derudover har nogle opioider en særlig profil. F.eks. er oxycodon et opioid, som giver en særlig høj grad af eufori¹⁵. Tramadol er et opioid med dobbeltvirkning, fordi det både har opioidvirkning og samtidig øger koncentrationen af signalstofferne noradrenalin og serotonin, som antages at have en vis antidepressiv effekt. Derudover nedsætter tramadol tærsklen for kramper.

Alle opioider, der findes tilgængelige som lægemidler, kan også bruges som rusmiddel. Opioider i tabletform kan være godkendte lægemidler ordineret af en læge på recept til den unge patient. Og det kan være lægemidler, som ikke er ordineret til den unge selv, men som er kommet den unge i hænde på anden vis. Imidlertid ser det ud til, at de opioider, som de unge bruger, i overvejende grad er illegalt fremstillede tabletter forklædt som rigtig medicin. Tabletterne er pakket i overbevisende blisterpakkinger i æsker påtrykt handelsnavn og styrke, f.eks. "Tramadol 100 mg". Indholdet i tabletterne kan i princippet være hvad som helst. De unge, som bruger denne fake-medicin, er overladt til sig selv og sit illegale forbrug, tilvænning og risici.

De retsmedicinske institutter ved Århus, Odense og Københavns Universiteter har sammen vurderet opioiderne som den farligste stofgruppe. Blandt andet fordi spændet mellem de doser, der giver en rus, og de doser, der kan medføre alvorlig eller dødelig forgiftning, er relativt smalt. Og fordi opioider er den hyppigste årsag til dødelige forgiftninger med lægemidler og rusmidler i Danmark¹⁶.

Med adresse til kombinationen af både medicinske som psykosociale faktorer peger Center for Rusmidelforskning på, at det – uanset vejen ind i opioidafhængighed – ofte vil være frygten for abstinenser og en mulig opblussen af de eventuelle underliggende problemer, som holder indtaget af opioider vedlige. Behandlingen bør derfor tage højde for begge aspekter⁸.

Anbefalinger

Begge de nævnte guidelines, som Sundhedsstyrelsen har vurderet egnede,^{2,3} anbefaler:

- At man overvejer hele spektret af tilgængelige behandlinger til opioidafhængige børn og unge ned til 12 år, herunder substitutionsmedicin, andre farmakologiske behandlinger og non-farmakologiske behandlingstilbud.
- Psykosocial intervention og støtte tilbydes rutinemæssigt til alle børn og unge med opioidafhængighed
- Buprenorphin er førstevalgspræparat
- Der anvendes en individualiseret og trinvis tilgang for at bestemme den optimale dosis for hver patient
- Der udføres undersøgelser, som kan belyse behandlingseffekten på børn og unge i alderen 12-17 år, da der på nuværende tidspunkt ikke foreligger tilstrækkeligt med evidens om denne aldersgruppe
- Ungetilgangen i behandlingen bør fortsætte til de unge er i midten af 20'erne
- På globalt niveau anbefaler WHO, at medicinsk substitutionsbehandling i kombination med psykosociale indsatser, er den relevante behandling for unge (12-18 år) med opioidafhængighed

Lovgrundlag

Lægelig behandling for stofmisbrug

Ansvar for behandling af opioidafhængighed ligger i kommunerne, og hjemlen hertil fremgår af Sundhedslovens § 142, som beskriver rammerne for ”den lægelige behandling for stofmisbrug”. Man kunne tro, at den lægelige behandling omfatter alle typer misbrug, men det drejer sig alene om misbrug/afhængighed af illegale opioider og ikke andre rusmidler eller afhængighedsskabende lægemidler.

- Kommunen er dog forpligtet til at tilbyde en lægesamtale til alle – også brugere af cannabis, kokain m.v. – samt til borgere, som kun ønsker social behandling for stofmisbrug efter Servicelovens § 101.
- Borgeren har krav på opstart af eventuel lægelig behandling senest 14 dage efter henvendelse eller modtagelse af henvisning f.eks. fra praktiserende læge.
- Der er ret til frit valg af et andet behandlingssted (det være sig offentligt eller godkendt privat tilbud), når kommunen har visiteret til lægelig behandling, dvs. når den kommunale læge har stillet diagnosen misbrug/afhængighed af opioider.
- Sundhedsloven opererer ikke med en nedre aldersgrænse for behandling efter denne paragraf. Behandlingsgarantien på 14 dage, samt frit valg af behandlingssted for den lægelige behandling, gælder således også børn og unge under 18 år – med de begrænsninger, som følger af forældreansvarsloven og reglerne om samtykke til behandling.
- Sundhedsstyrelsen har siden 2008 udgivet en omfattende og praksisorienteret *Vejledning til læger der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin*¹⁷, ny udgave forventes i 2025.

Adgang til ordination af substitutionsmedicin

Autorisationslovens § 41 begrænser adgangen til at varetage substitutionsbehandling til læger, som er ansat i kommunale, regionale eller godkendte private tilbud for behandling af stofmisbrug samt somatiske og psykiatriske hospitaler¹⁸.

Pligt til behandling af akutte abstinenser

Autorisationslovens § 41 forpligter desuden andre læger (f.eks. på skadestue eller i almen praksis) til at yde behandling af kortere varighed ved behandlingskrævende akutte abstinenser. Det indskærpes således, at her ”skal ordinationen foretages straks”. Formålet med den kortvarende abstinensbehandling er at dække perioden, indtil det kommunale stofbehandlingstilbud kan tage over.

Social behandling for stofmisbrug

- Lov om Social Service § 101 pålægger kommuner at tilbyde social behandling for stofmisbrug til personer over 18 år. Der gælder en behandlingsgaranti på 14 dage, og frit valg til at modtage behandling af tilsvarende karakter og omfang i et andet offentligt eller godkendt privat tilbud. Bemærkningerne til loven understreger vigtigheden af en tæt koordination mellem den lægelige og sociale stofbehandling, hvilket også er uddybet i *Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling*¹⁹.
- Servicelovens § 141 fastslår endvidere, at kommunen kan tilbyde socialt udsatte mennesker med komplekse problemstillinger (herunder stofbrugere) at udarbejde en helhedsorienteret handleplan. Handleplanen kan favne både sociale og helbredsmæssige problemer samt beskrive mulige tværsektorielle indsatser.
- For børn og unge under 18 år med misbrug tager den sociale indsats afsæt i Barnets Lov § 33, som muliggør en hurtig afdækning og opstart af behandling, uden at afvente en mere omfattende, ofte flere måneder lang, børnefaglig undersøgelse.

Barnets lov § 33 præciserer således, at kommunen – afhængig af alvorligheden af misbruget og konsekvenserne for barnet eller den unge – skal tilbyde social behandling for stofmisbrug. For børn og unge under 18 år betyder behandlingsgarantien, at behandling skal være iværksat senest 14 dage efter første henvendelse. Der er derimod ikke adgang til frit valg af behandlingssted.

- Detaljeret information om børn og unges ret til stofbehandling – herunder forældrenes rolle – findes på www.stenbroensjurister.dk

Klager over behandlingen

Klageadgangen er delt, således at

- Klager over den lægelige behandling skal rettes til Styrelsen for Patientklager, www.stpk.dk
Det kan f.eks. dreje sig om klager over den konkrete sundhedsfaglige behandling eller brud på en patientrettighed (f.eks. overskridelse af behandlingsgarantien).
- Klager over den sociale behandling for stofmisbrug rettes til kommunen, som ved manglende medhold videresender klagen til Ankestyrelsen, www.ast.dk
- Klager over personalets opførsel eller serviceniveauet (f.eks. åbningstider, tilgængelighed eller bygningsstandard) rettes til den kommunale eller regionale forvaltning.

Tavshedspligt

Børn og unge, som bruger opioider, er ofte tilbøjelige til at holde forbruget skjult for de pårørende. Der bør være forståelse for, at den unge – uanset alder – kan bekymre sig om, hvad det indebærer at afsløre hemmeligheder over for især forældre eller kæreste.

For de unge over 18 år gælder almindelige regler vedr. professionelles tavshedspligt, og her er det særlig vigtigt at tale med den unge om det mulige potentiale ved forældreinddragelse i forhold til behandlingen. Forældre og andre pårørende kan være væsentlige støtter i forhold til at f.eks. huske aftaler, ledsage den unge til aftaler, huske den unge på medicin og hjælpe med medicinopbevaring.

Det er en fordel at tale med barnet/den unge om videregivelse af informationer fra start, så det ikke senere bliver oplevet som et tillidsbrud. Man kan tale med den unge om, at man ikke kommer til at videregive alt fra samtalerne, men at forældrene har ret til at vide det væsentligste omkring behandlingen.

Hvis der er tale om at videregive oplysninger om et barn eller en ung under 18 år, har de professionelle ikke tavshedspligt over for forældrene (forældremyndighedens indehaver). Forældre har nemlig pligt til at drage omsorg for den mindreårige, og dermed også ret til at få den nødvendige information for at kunne varetage dette. Som udgangspunkt skal forældrene aktivt informeres om deres børns forhold. I øvrigt har forældrene mulighed for at søge aktindsigt i deres børns journaler frem til de fylder 18 år.

Det er vigtigt at behandleren støtter den unge i processen omkring forældreinddragelse samt tilbyder den unge støtte til at tale med forældrene om eventuelle andre vanskelige emner end stofmisbruget.

Det kan dog være nødvendigt at fravige informationspligten over for forældrene, hvis der er afgørende hensyn til barnet og dets familiære forhold f.eks. ved lægelig behandling af barnet eller den unge i relation til sexuallivet, eller hvis en videregivelse af følsom information kan give anledning til alvorlige konflikter (se uddybende nedenfor). I nogle miljøer kan rusmiddelbrug f.eks. være ledsaget af betydelig stigmatisering. Oplysning om, at barnet eller den unge er i live og hvor den unge opholder sig, skal altid videregives til forældremyndighedsindehaveren.

Samtykke til behandling

For børn under 15 år er det indehaveren af forældremyndigheden, der kan give informeret samtykke, men som sundhedsperson skal man informere og inddrage patienten i drøftelserne af behandlingen.

Unge mellem 15 og 17 år skal selv give informeret samtykke, men samtidig skal indehaveren af forældremyndigheden både informeres og inddrages. Sundhedslovens regler forhindrer imidlertid ikke, at 15-17-årige opsøger behandling, og at læger i konkrete situationer undlader at informere forældrene, hvis tungtvejende hensyn til den unge taler herfor. Det kan f.eks. være i situationer, hvor det er vigtigt at skærme den unge mod forældrenes reaktion betinget af moralske, kulturelle eller religiøse tabu herunder æresrelaterede konflikter. Det er en konkret vurdering, som den behandlingsansvarlige sundhedsperson selv skal foretage, inden en behandling kan sættes i gang.

Ved opstart af medicinsk behandling i forbindelse med en opioid-problematik vil det som udgangspunkt ikke være forsvarligt at undlade at informere forældrene, dels fordi der typisk er tale om risikomedicin, dels fordi der er brug for støtte fra de pårørende – og dermed for de fleste unge – støtte fra forældrene.

Underretning

Der vil i de fleste sager, der omhandler unge under 18 år, der har et igangværende misbrug, være grundlag for at lave en underretning til den pågældende kommune, jf. Barnets lov §133 om den skærpede underretningspligt for fagpersoner.

Der er ingen formkrav til underretning til de sociale myndigheder. Ansvar for underretning påhviler alene den enkelte fagperson - ikke arbejdspladsen eller ledelsen. Det er almindelig praksis, at orientere behandlingssøgende forældre om reglerne vedrørende underretningspligt og i den forbindelse tilbyde mulighed for partshøring i forbindelse med underretning. Nogle gange ønsker forældre noget tilføjet i underretningen, hvilket kan være hensigtsmæssigt med henblik på alliancen og det videre samarbejde.

Lidt mere kompliceret er det, hvis der afdækkes et forbrug af rusmidler hos en teenager, hvor den familiære baggrund indebærer risiko for at trigge en æresrelateret konflikt med repressalier eller social kontrol. Her må lægen derfor nøje afveje hvorledes og hvornår forældrene skal involveres afhængig af misbrugets omfang etc., og om nødvendigt søge socialfaglig sparring.

Ungevenlig rusmiddelbehandling

Ved tilrettelæggelsen af rusmiddelbehandlingen af unge bør man sikre:

- at den sundhedsfaglige behandling ikke står alene, og at lægen er opmærksom på den nødvendige sammenhæng mellem en social- og sundhedsfaglig indsats
- at hele spektret af tilgængelige medicinske behandlinger overvejes hos unge med opioidbrug, inkl. substitutionsbehandling, andre farmakologiske behandlinger, non-farmakologiske interventioner og recovery-orienterede tiltag samt psykiatrisk behandling ved behov²
- at behandlingen igangsættes hurtigt, når den unge er motiveret
- at omgivelserne tilpasses de unge, og at behandlingen holdes fysisk adskilt fra voksenalderen, da det kan være grænseoverskridende for de unge at skulle møde til behandling på et stofbehandlingstilbud præget af ældre stofbrugere⁸
- at den unge hjælpes til relevante steder for hjælp ud fra principperne i No Wrong Door
- at behandlingen er unge-venlig, ungecentret, ikke-dømmende, og at den unge mødes med anerkendelse og interesse med udgangspunkt i den unges perspektiv og udviklingstrin
- at der ikke planlægges med en på forhånd fastlagt slutdato for behandlingsforløbet
- at behandlingen tilrettelægges ud fra en trinvis tilgang
- at psykosociale behandlingsinterventioner og støtte rutinemæssigt tilbydes til alle unge med opioidmisbrug
- at behandlingen individualiseres til den enkelte unge, idet der ikke findes en standardbehandling, som passer til alle unge med opioidbrug
- at ungetilgangen fortsætter til midt-tyverne med gradvis og velforberedt overgang til voksenbehandling²⁰
- at afsætte tid til både at forklare og lytte til den unge, og tilpasse sit sprog til den unges alder og kognitive niveau
- at der er mulighed for, at den unge kan udvikle en tæt og tillidsfuld relation til behandlere
- at behandlere er imødekommende og, hvis nødvendigt, opsøgende
- at der er opmærksomhed på behov for påmindelser om aftaler, ledsagelse og fleksibilitet i forhold til, hvor behandlingen finder sted.
- at være imødekommende overfor unge, der henvender sig igen, og have forståelse for at tilbagefald ofte er en del af vejen til recovery
- at inddragelse af peer-støtte fra andre unge kan overvejes

Børn og unge i sundhedsvæsenet

De fleste unge er raske, og har derfor som følge heraf kun sporadisk kontakt til sundhedsvæsenet. Så meget mere vigtigt er det ikke at overse et muligt rusmiddelproblem ved kontakt til lægevagt, skadestue, akut indlæggelse eller almen praksis.

- Lægen bør spørge aktivt ind til brug af rusmidler hos børn og unge, hvor der konstateres mistrivsel, psykiske problemer og uforklarede somatiske eller psykiatriske symptomer.
- Unge, som oplyser om brug af opioider, bør som minimum henvises til rådgivningssamtale i et kommunalt stofbehandlingstilbud, også selv om de diagnostiske kriterier for opioidafhængighed ikke er opfyldt.
- Hvis den unge modtager medicinsk abstinensbehandling i sundhedsvæsenet, bør behandlingen fortsætte, indtil det kommunale stofbehandlingstilbud kan overtage behandlingen.

Døgnåben abstinensrådgivning

Ved tvivl om, hvorledes man behandler rusmiddel- og lægemiddelabstinenser, vil man fremover kunne kontakte en national døgnåben rådgivning, hvor læger og sygeplejersker kan få viden om og tryghed i, hvordan de skal håndtere akutte abstinensstilstande. Abstinenstelefonen etableres som led i regeringsudspillet til en Værdighedsreform (maj 2025)²¹.

Parallelt hermed etableres der et nationalt kompetencecenter for substitutions- og abstinensbehandling, hvor læger løbende kan modtage konkret rådgivning, vejledning og sparring. Dette initiativ er led i regeringsprogrammet Ungdom uden opioider (oktober 2024)¹.

Børnemodtagelser og akutmodtagelser

Børn og unge med opioidbrug kan præsentere sig i hhv. børnemodtagelsen eller akutmodtagelsen med symptombilleder, der relaterer sig til overdoser, tramadoludløste krampeanfald og abstinensstilstand samt med andre ikke-opioidrelaterede tilstande. Symptomerne kan være mangeartede og lede til forskellige differentialdiagnostiske overvejelser.

I den forbindelse er det vigtigt ikke at overse et eventuelt bagvedliggende brug af rusmidler.

Læger, der varetager behandling af børn og unge i modtagelsen, bør derfor have opmærksomhed på tilstande, hvor der er uoverensstemmelse mellem det kliniske billede og de parakliniske fund.

Børnene og de unge vil typisk blive set i modtagelsen under forskellige kliniske billeder. Abstinensstilstande kan mistolkes som andre tilstande, hvis den undersøgende læge ikke overvejer en afhængigheds-tilstand. Ofte vil abstinenssymptomerne medføre undersøgelser for infektioner af forskellige slags.

Hos nogle børn og unge vil abstinenser give udtalte angstsymptomer, hvor de diagnostiske overvejelser vil rette sig mod psykiske problemstillinger. Der bør spørges ind til obstipation og vandladningsproblemer, som kan forekomme som bivirkning til opioider. Symptomer og fund kan også skyldes komplikationer til måden, som den unge indtager stoffet på, f.eks. sår i næsen eller næseblødning, hvis opioiderne sniffes, eller abscesser eller sår i huden i tilfælde af injektionsbrug.

Generelt vil barnet og den unge patient gennemgå en fuld objektiv lægeundersøgelse i modtagelsen. I ovenfor skitserede tilstande vil der være behov for blodprøver i form af infektionstal, elektrolytter, syrebase og eventuel CT-scanning af cerebrum i tilfælde af kramper. Den objektive undersøgelse kan suppleres med urinscreening for rusmidler forudsat informeret samtykke.

Hvis der i modtagelsen er afdækket et brug af opioider, skal lægen supplere anamnesen med en rusmiddelanamnese, hvor der spørges aktivt ind til brug af alkohol, stoffer og afhængighedsskabende lægemidler, samt en social anamnese. Anamnesen kan suppleres med screening med spørgeskemaet DUDIT, Drug Use Disorders Identification Test. (Læs nærmere herom side 15).

Samtalen kan eventuelt gennemføres som split konsultation, dvs. hvor noget af samtalen foregår uden forældrenes tilstedeværelse i rummet.

Ved behov for medicinsk behandling af opioidabstinenser anvendes buprenorphin-naloxon, eventuelt mono-buprenorphin, som beskrevet i kapitlet om abstinensbehandling.

I situationer, hvor abstinensbehandling foretages under indlæggelse, skal behandlende læge udarbejde en plan for brobygning til kommunalt stofbehandlingstilbud eller til de regionale integrerede dobbelt-diagnosetilbud i psykiatrien (hvis den unge er i målgruppen for disse) og sikre en videreførelse af den medicinske abstinensbehandling i overgangsfasen. Det er vigtigt at barnet eller den unge ikke slippes, før den modtagende aktør tager over.

Man kan ikke regne med, at alle unge eller deres forældre kender til de kommunale hjælpetilbud, og nogle vil ikke opfatte deres brug af opioider som et misbrug, og derfor heller ikke overveje, endsige være interesseret i kontakt til et stofbehandlingstilbud.

Modsat kan nogle børn og unge og deres pårørende henvende sig akut i modtagelsen med ønske om hjælp til misbruget, selv om der ikke er behov for akut medicinsk behandling. I disse situationer er det vigtigt, at barnet eller den unge ikke bliver afvist i hospitalsregi, når de søger hjælp, men at der sikres en brobygning til kommunalt stofbehandlingstilbud. Uanset den unges alder er det hensigtsmæssigt at inddrage de pårørende i brobygningen til stofbehandlingstilbuddet.

Er den unge under 18 år, foretages underretning til kommunens sociale myndigheder.

De kommunale stofbehandlingstilbud kan ikke modtage elektroniske henvisninger, som i øvrigt anvendes i sundhedsvæsenet. I stedet skal der tages direkte telefonisk kontakt, evt. i samarbejde med socialsygeplejerske, hvor det er muligt. Man kan finde kontaktoplysninger til de fleste kommuners rusmiddelbehandlingstilbud på Netstof.dk. Alternativt må man orientere sig via den enkelte kommunes hjemmeside.

Den praktiserende læge

Hvis den unge henvender sig til sin praktiserende læge med et skadeligt brug af opioider, uanset om der foreligger en afhængighed eller ej, bør lægen indhente samtykke fra den unge til at kontakte det kommunale stofbehandlingstilbud med henblik på tilknytning dertil.

Den lægelige behandling bør ske i et stofbehandlingstilbud og ikke hos den praktiserende læge, da det har betydning for udbyttet af behandlingen, at en eventuel medicinsk intervention foregår i tæt kobling med den psykosociale indsats. En undtagelse er iværksættelse af akut abstinensbehandling, som den praktiserende læge har pligt til at håndtere, hvis den unge frembyder akutte abstinenser¹⁸.

Den praktiserende læge bør sikre, at abstinensbehandlingen er sufficient og søge faglig sparring ved tvivl, så den bedst mulige abstinensbehandling sikres, indtil det kommunale stofbehandlingstilbud kan overtage behandlingen. Ved vanskeligt behandlelige abstinensstilstande, kan indlæggelse i hospitalsregi komme på tale.

Abstinensbehandlingen bør fortsætte, indtil det kommunale stofbehandlingstilbud kan overtage behandlingen, senest 14 dage efter henvendelse eller modtagelse af henvisning.

Er den unge under 18 år, foretager lægen underretning til kommunens sociale myndigheder.

Lægelig udredning

Lægeundersøgelse af unge med rusmiddelbrug indeholder – som i enhver anden lægelig udredning: Optagelse af anamnese, objektiv undersøgelse, diagnose og behandlingsplan.

Lægen bør være nysgerrig og spørge direkte til forbrug af rusmidler, og ikke lade sig styre af tabu omkring misbrug og afhængighed. Der er brug for udramatisk, klar og troværdig kommunikation, og det er vigtigt at tage de unge alvorligt som personer, der er i stand til at modtage information og handle på et oplyst grundlag. Helt centralt er det, at den unge ikke føler sig udskammet eller belært i en devaluerende tone.

Når den unge indskrives i kommunal stofbehandling, vil den lægelige udredning indgå i den helhedsorienterede afdækning jf. Servicelovens §101.

Screening

Drug Use Disorder Identification Test, DUDIT, er et screeningsredskab udviklet af WHO, som kan hjælpe med at identificere personer med overforbrug, henholdsvis skadeligt forbrug samt afhængighed af rusmidler. DUDIT er valideret ned til 11-års alderen²². En DUDIT-score på 8 eller mere tyder på skadeligt brug²³. DUDIT finder stigende anvendelse i psykiatrien. Se Bilag 3 | DUDIT-scoreskema

Rusmiddelanamnese

Rusmiddelanamnesen bør indeholde oplysninger om evt. tidligere behandling samt opioidernes funktion for den unge: Om præparat, mængde, hvor ofte og hvordan opioiderne indtages, hvornår den unge sidst har indtaget opioider, hvorfra de skaffes, om den unge bruger andre rusmidler, om samtidigt indtag af andre rusmidler eller medicin, om den unge får receptpligtig medicin for somatisk eller psykisk lidelse, om den unge er vidende om relevante risici, har oplevet overdoser, kramper eller psykoser.

Afdækningen bør ligeledes kortlægge, hvorledes forbruget af opioid har ændret sig over tid, om den unge oplever ubehag mellem indtag, om den unge føler sig afhængig, eventuelt har forsøgt at stoppe eller trække ud og i givet fald til hvilken dosis, før det ikke var muligt at fortsætte udtrapningen.

Desuden er det relevant at afdække, hvorledes forbruget påvirker den unges hverdag, og om den unge selv ønsker forandring, samt om nogle i den unges netværk, f.eks. forældre og kæreste, har kendskab til forbruget.

Hvis den unge anvender eller har anvendt andre rusmidler eller afhængighedsskabende medicin, bør det også afdækkes og beskrives.

Man kan ikke tage for givet, at de unge kender til betegnelsen "opioider". I stedet vil de ofte anvende betegnelsen "piller" eller mere slang-prægede betegnelser som f.eks. "dol'er" og "oxy'er"²⁴. Betegnelsen "piller" kan dække over mere end opioider, f.eks. benzodiazepiner, hvilket bør afklares i anamnesen. De unge vil, uvante med den faglige terminologi, kun sjældent anvende betegnelsen "tabletter".

Psykosocial anamnese

Den psykosociale anamnese bør afdække den unges generelle livssituation, interesser og ressourcer og kan tage udgangspunkt i HEADS-modellen.

HEADS-modellen er en praktisk, struktureret og testet samtalemodel til brug for den psykosociale anamneseoptagelse sammen med den unge. Modellen kan anvendes til den rutinemæssige anamnese og screening for væsentlige psykosociale belastninger, f.eks. kriminalitet, og ressourcer ved såvel kortere som længere konsultationer uden forældrenes tilstedeværelse²⁵.

HEADS står for:

- Home: hjemlige forhold
- Education: uddannelse og erhvervsarbejde
- Eating: spisevaner og kropsopfattelse
- Activities: fritid, fester og venner
- Drugs: tobak, alkohol og illegale stoffer
- Sexuality: kærester, seksualitet, prævention
- Safety: sikkerhed,
- Self-harm/depression: humør, selvskadende adfærd, selvmordsadfærd

Somatisk anamnese

Den somatiske anamnese struktureres efter organsystemerne samt identificerer:

- Kroniske sygdomme, f.eks. astma, epilepsi, diabetes, smertetilstande
- Fysiske funktionsnedsættelser
- Rusmiddelrelaterede skader, f.eks. overdoser, krampetilfælde, traumer
- Skadestuekontakter
- Risikoadfærd i relation til stofindtag og seksuel praksis
- Tidligere smitte med hepatitis eller hiv
- Vaccinationsstatus for hepatitis A og B
- Kontakt og relation til praktiserende læge

Psykiatrisk anamnese

Alle unge, som bruger opioider, bør screenes for psykisk lidelse, der omfatter oplysninger om:

- Funktionsniveau: Kommer den unge ud af sengen om morgenen og har energi til almindelige daglige aktiviteter
- Humør: Nedtrykthed, irritabilitet, grådtendens, håbløshed
- Lyst og interesser: Har den unge stadig interesse for/glæde ved ting, som den unge plejer at kunne lide
- Hallucinationer
- Vrangforestillinger, herunder paranoide forestillinger. I denne forbindelse opmærksomhed på at der for unge i kriminelle miljøer kan bestå en reel trussel/grad af overvågning
- Isolationstendens
- Spisning/kropsbillede
- Selvskade
- Selvmordstanker. Passive/aktive tanker, metodeovervejelser, konkrete planer, beskyttende faktorer
- Traumer og belastninger. F.eks. overgreb, mobning og vold

Den psykiatriske anamnese bør omfatte oplysninger om eventuel tidligere eller aktuel tilknytning til psykiatrien.

Ved tidligere episoder eller aktuel mistanke om psykose, angst, depression, opmærksomhedsforstyrrelse eller autismespektrumforstyrrelser, bør der indhentes oplysninger om den unges udvikling og evt. vanskeligheder inden debut af rusmiddelbrug, eventuelt som led i socialfaglig afdækning, f.eks. ved samtale med den unges forældre og ved at indhente oplysninger fra skole eller relevante institutioner.

Objektiv undersøgelse

Unge kan opleve det som grænseoverskridende at blive undersøgt, og den objektive undersøgelse bør motiveres og foretages med størst mulig respekt og diskretion.

Nogle socialt udsatte unge er grundlæggende skeptiske over for myndigheds-/autoritetspersoner heriblandt læger. Den manglende tillid kan imidlertid influere på den unges fremtræden, og dermed påvirke den kliniske vurdering af kvaliteter som 'kontaktvner', 'opmærksomhedsfunktion' og 'emotionelt medsving'.

Lægen er med andre ord nødt til at være opmærksom på konteksten og den eventuelt manglende tillid.

Objektiv somatisk undersøgelse

Objektiv somatisk undersøgelse gennemføres ud fra relevante punkter i anamnesen og bør som minimum omfatte højde, vægt, blodtryk, puls, almen tilstand, ernæringstilstand, hud, pupilforhold, grov-neurologisk undersøgelse, hjerte- og lungestetoskopi og palpation af abdomen.

Observation og beskrivelse af abstinenssymptomer ud fra scoreskemaerne COWS og SOWS er beskrevet i afsnittet om abstinensbehandling.

Objektiv psykiatrisk undersøgelse

Objektiv psykiatrisk vurdering sker på baggrund af den samlede konsultation/samtale med den unge, som med fordel også indeholder elementer med lettere emner/small talk.

Nedenstående tabel 1 giver eksempler på observationer, der kan være led i psykiatriske lidelser, men som skal ses i sammenhæng med den subjektive beskrivelse fra både den unge og dens omgivelser, samt i relation til evt. pågående rusmiddelbrug eller abstinenser.

| Eksempel på observationer | |
|---------------------------|--|
| Udseende | Afvigende påklædning/soignering i forhold til alder Eventuelle dysmorfe træk Synlig selvskade |
| Kontaktevner | Nedsat/umoduleret blikkontakt Mangelfuld/karikeret mimik Mangelfuld forståelse for sociale regler som f.eks. turtagning ved samtale Garderet |
| Kognition | Mangler alderssvarende forståelse af samtalens indhold Hukommelsesbesvær |
| Opmærksomhed | Falder fra under samtalen Behov for at få gentaget spørgsmål Letafledelig Impulsiv Motorisk urolig |
| Sprogligt | Springende/associerende Konkret Frasepræget Vagt Inkohærent Nyorddannelser |
| Emotionelt | Forsænket eller eleveret stemningsleje Irritabilitet/ letvakt affekt/vrede Forsænket eller eleveret psykomotorisk tempo Manglende emotionelle udsving/affladning Udtalt ængstelighed |
| Andet | Fremstår hallucineret Mistroisk/paranoid-fortolkende Udtrykte vrangforestillinger Ritualer/Tvangshandlinger |

Tabel 1. Eksempler på observationer i objektiv psykiatrisk undersøgelse

Parakliniske undersøgelser

Før opstart af abstinens- eller substitutionsbehandling bør følgende kortlægges via anamnesen, objektiv undersøgelse eller laboratorieanalyse:

- Identificere mulig kronisk sygdom og graden af evt. påvirkning af lever- eller nyrefunktion.
- Udelukke mistanke til akut organpåvirkning forårsaget af et pågående misbrug, eller ved samtidig forekomst af psykiatriske symptomer.
- Forud for behandling med buprenorphin depot, skal der foreligge levertal, hepatitis-serologi og EKG.
- Lever- og nyretal bør desuden overvejes ved ordination af buprenorphin som sublingual behandling til børn og unge under 18 år, hvor der fortsat kun findes begrænsede data.
- Før opstart af behandling med methadon, skal tages EKG, idet methadon tilhører gruppen af QTc-forlængende lægemidler.
- Graviditetstest bør udføres ved sandsynlighed for graviditet.
- Ved tidligere risikoadfærd bør undersøges for HIV og hepatitis A, B, C samt overveje undersøgelse for syfilis, gonoré og klamydia.
- Ved mistanke om fravær af aktuelt forbrug af opioider kan dette undersøges ved urintest med on-site test, og hvis denne er negativ, rekvireres en udvidet laboratorieanalyse for andre mulige opioider (se følgende afsnit om urinprøver).

Urinprøver

Anvendelse af urinprøver må kun ske efter lægelig ordination, og det er vigtigt at tolkningen af analysesvar også sker ved læge. For lægen er det vigtigt at være fortrolig med urinprøvemethodernes kvalitet og begrænsninger i forhold til risiko for falsk positive og falsk negative svar samt krydsreaktioner.

Urinprøver kan tjene forskellige formål, der rækker ud over det strengt medicinske, som blot drejer sig om at bekræfte eller komplettere rusmiddelprofilen, hvis der er usikkerhed omkring den unges egne oplysninger.

En udbredt praksis udspringer f.eks. af antagelsen om, at rene urinprøver virker som incitament til at fastholde stoffrihed.

Uanset hvad baggrunden er, bør der være fuld transparens over formålet med urinprøven, hvad der testes for, hvornår og hvor ofte, om eventuelle konsekvenser af prøveresultatet, samt hvem oplysningerne evt. deles med.

Aflæggelse af urinprøve under overvågning kan opleves grænseoverskridende, hvilket fordrer størst mulig respekt og diskretion fra personalets side. Urinprøver forudsætter i øvrigt informeret samtykke fra den unge, og fra forældre til unge under 15 år. Det betyder, at den unge skal orienteres om formålet med urinprøven, og muligheden for at fravælge det.

Hvis den unge ikke ønsker at aflægge urinprøve, bør det ikke forhindre at den unge kan modtage behandling. Men for at kunne varetage en forsvarlig behandling, kan det være nødvendigt at tilrettelægge den medicinske behandling i forhold til de manglende oplysninger. En positiv urinprøve må ikke give anledning til negative sanktioner på behandlingsstedet. Resultatet af urinalyser er i øvrigt en helbredsoplysning og omfattet af Sundhedslovens bestemmelser om tavshedspligt.

De meget udbredte on-site hurtigtest er baseret på immunkemiske metoder, som også kendes fra graviditetstest. Testpanelerne, der dækker et begrænset antal rusmidler, er bl.a. baseret på målinger af metabolitter (nedbrydningsprodukter), og der er mange fejlkilder og talrige muligheder for manipulation selv ved overvågede prøver. Derfor bør måling af prøvens temperatur samt koncentration af kreatinin i urinen være fast rutine for at sikre prøvens ægthed. Enkeltstående urinprøver har kun begrænset udsigelseskraft, mens serier af konsekutive prøver tillader mere håndfaste konklusioner.

Værdien af screeningsprøver er således begrænset, og såvel de danske retningslinjer for klinisk biokemiske laboratorier²⁶ som de europæiske (EU) guidelines for rusmiddeltestning²⁷ beskriver konfirmatoriske analyser (af positivt screenede urinprøver) som obligatoriske.

Klinikere, der vælger rusmiddeltestning til diagnostisk formål, kan med fordel indgå et tæt samarbejde med de kliniske laboratorier for at sikre den bedst mulige håndtering af testningen, optimering af analysekvaliteten og en korrekt tolkning af resultaterne.

Blandt de tolkningsmæssige problemer bør nævnes kombinationen af rene urinprøver og abstinenssymptomer, som typisk skyldes indtag af andre rusmidler eller opioider, der ikke er dækket af den anvendte immunkemiske test. Udfordringer af denne kaliber tiltager i takt med fremkomsten af såkaldt

fake-medicin, som sælges i veltillignende emballage, men med varierende indhold af forskellige opioid-analoger, benzodiazepiner, syntetiske cannabinoi-der, bagepulver, cement m.m. En aktuel dansk case med tapentadol maskeret som tramadol er publiceret 2024²⁸.

Også i disse situationer bør der foretages konfir-matorisk analyse på laboratorium, som råder over teknikker, der kombinerer høj sensitivitet med høj specificitet, f.eks LC-MS/MS (væskekromatografi-tan-dem massespektrometri) eller GC-MS (gaskromato-grafi-massespektrometri).

Diagnostik

- Det er en lægelig opgave at be- eller afkræf-te, om den unge opfylder de diagnostiske kriterier for afhængighedssyndrom eller skadeligt brug.

For at kunne stille diagnosen afhængighedssyndrom, skal minimum 3 ud af 6 diagnostiske kriterier have været til stede samtidig i løbet af det seneste år.

F11.2 Afhængighedssyndrom forårsaget af brug af opioider (WHO ICD-10)

Mindst 3 af følgende samtidigt i mindst 1 måned eller gentagne gange indenfor 1 år:

1. Trang ("craving")
2. Svækket evne til at styre indtagelsen, standse eller nedsætte brugen
3. Abstinenssymptomer eller indtagelse for at ophæve eller undgå disse
4. Toleransudvikling
5. Dominerende rolle med hensyn til priorite-ring og tidsforbrug
6. Vedblivende brug trods erkendt skade-virkning

F11.1 Skadeligt brug af opioider (WHO ICD-10)

1. Fysisk eller psykisk skade
2. Skaden klart påviselig
3. Varighed mindst 1 måned eller gentagne gange inden for 1 år
4. F11.2 udelukkes

Lægelig behandlingsplan

Den lægelige behandlingsplan præciserer formål og planlagte indsatser omkring rusmidler og evt. afhængighedsskabende lægemidler samt somatisk og psykiatrisk komorbiditet. Et særligt element omhandler forebyggende tiltag, som knytter sig til risi-koadfærd.

Planen bør rette sig efter barnets og den unges ud-viklingstrin, motivation og støtte fra pårørende samt øvrige behandlere. Det er vigtigt med en realistisk tilgang i form af opnåelige behandlingsmål, som er ledsaget af en tilpas tæt og fleksibel opfølgning og mulighed for justering af behandlingsplanen, når det er nødvendigt.

Forebyggende indsatser

Behandlingsplanen indeholder lægelige ordinatio-ner, som omfatter en række forebyggende indsatser:

- Unge med risikoadfærd i form af injektionsmis-brug, deling af snifferør/barbergrej eller usikker sex bør tilbydes årlig serologisk undersøgelse for hepatitis A, B og C samt hiv.
- Afhængig af resultatet af screeningen, bør den unge tilbydes vaccination mod hepatitis A og B på baggrund af informeret samtykke.
- Ved serologisk påvist hepatitis B, C eller hiv hen-vises til infektionsmedicinsk afdeling.
- Seksuelt aktive børn og unge bør oplyses om og tilbydes prævention. Flere kommuner stiller gra-tis præventive midler til rådighed.
- Børn og unge, som bruger opioider, skal tilbydes kursus i forebyggelse og behandling af opio-id-overdosis samt gratis udlevering af naloxon næsespray²⁹.

Behandlingsplanen skal udformes i samarbejde med barnet eller den unge og eventuelle pårørende, se af-snit om lovgrundlag. Den lægelige behandlingsplan bør selvsagt være tæt koordineret med den sociale behandlingsplan, og indgår sammen med denne i den overordnede sociale handleplan, hvis kommu-nen har udarbejdet en sådan³⁰.

Opfølgning på den lægelige behandlingsplan

Behandlingen bør følges nøje med som minimum ugentlig kontakt og regelmæssig opfølgning ved læge eller sygeplejerske/social behandler i den unges behandlerteam.

Det er vigtigt, at indikationsstillingen for eventuel substitutionsbehandling med passende mellemrum revurderes som led i en behandlingsplan, der sikrer udbytte og fremdrift i behandlingen.

Nogle kommunale stofbehandlingstilbud har begrænset lægedækning, hvilket har betydning for intervallerne mellem planlagte lægekonsultationer. Der bør være opfølgning ved læge med regelmæssige intervaller, mens den løbende kontakt primært varetages af sygeplejersker og socialfaglige behandlere, som skal være opmærksomme på barnets eller den unges aktuelle behov for lægesamtale.

Hyppigheden af den unges fremmøde bør afstemmes med hensynet til, at den unge kan deltage i uddannelse og job. Den hyppige kontakt til den unge ved fremmøde til medicinindtagelse og medicinudlevering er imidlertid et vigtigt element i relationsdannelsen og den samlede rusmiddelbehandling af den unge. Ved overvejelser om ugentlig eller månedlig depotbehandling med buprenorphin, bør man derfor være opmærksom på risikoen for svækkelse af den kontinuerlige kontakt qua de færre fremmøder til medicinudlevering.

Tværfaglig rusmiddelbehandling

- Substitutionsbehandling skal ske i tæt kobling til den sociale stofmisbrugsbehandling

Den sociale stofmisbrugsbehandling er beskrevet i Social- og Boligstyrelsens Nationale Retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling¹⁹ og har hjemmel i Serviceloven §101 for unge over 18 år og i Barnets Lov §33 for børn under 18 år, jf. afsnit om lovgrundlag.

Den sociale rusmiddelbehandling omfatter 3 intensiteter: ambulans behandling, dagbehandling og døgnbehandling. Derudover har kommunerne en generel rådgivningsforpligtelse over for deres borgere – uanset alder.

Der er flere elementer i substitutionsbehandlingen, som det tværfaglige behandlerteam med fordel kan samarbejde om. Især om de forandringer, der er forbundet med at gå fra et selvreguleret illegalt brug af opioider til en struktureret medicinsk behandling. Eksempler på fælles opmærksomhedspunkter:

- substitutionsmedicin forebygger abstinenser, men giver ikke en rusvirkning og det skal den unge vænne sig til
- substitutionsmedicin indtages én gang i døgnet, og den unge skal vænne sig af med at tage en tablet ved behov
- abstinenssymptomer, som kan optræde under udtrapning, kan være svære at skelne fra en opblussen af eventuelle underliggende psykiske symptomer
- behovet for viden om opioiders virkninger
- behovet for skadesreducerende rådgivning
- overdosisforebyggelse

Når barnet og den unge er trappet ud af den medicinske behandling, bør der være opmærksomhed på risikoen for recidiv. Dels fordi unge har større risiko for tilbagefald sammenlignet med voksne, dels fordi recidivraten ved brug af opioider er større end for andre rusmidler¹⁴.

Opfølgningen rettes mod tegn på destabilisering og substitutionsbehandlingen genoptages om nødvendigt.

Forebyggelse af overdosis og smitte

Det er væsentligt, at de unge kender risikoen for overdosis ved opioider og forebyggelse heraf.

Alle børn og unge, som bruger rusmidler bør løbende informeres om virkningen af rusmidler og eventuel afhængighedsskabende medicin med særligt fokus på toleranceudvikling og afhængighed, abstinenser, risiko for dødelig som ikke-dødelig overdosis, herunder pausedødsfald.

Forgiftningsdosis af opioider afhænger af den enkelte unges tolerance for opioider og af eventuelle interaktioner. De fleste overdosisdødsfald optræder i tilfælde, hvor opioid er indtaget sammen med andre sederende rus- eller lægemidler.

Unge med fysisk afhængighed af opioider vil have opbygget en større eller mindre grad af tolerance. Ved ophør med opioidindtag, uanset om det er sket ved udtrapning eller abrupt ophør, vil tolerancen hurtigt bortfalde. Det gør, at den unge vil være i risiko for overdosis ved genoptagelse af opioidbrug. Det kendes som pause-overdosis og er særligt risikofyldt, hvis den unge indtager samme dosis, som han eller hun tålte før pausen. Risikoen for såkaldte pause-dødsfald er mangedoblet blandt stofbrugere i de første 14 dage efter løsladelse fra afsoning i fængsel³¹. Risikoen øges yderligere ved, at trangen til at indtage opioid ofte består i længere tid efter ophør.

Hos voksne med misbrug af opioider, er det dokumenteret, at behandling med substitutionsmedicin reducerer risikoen for overdosis og død, svarende til at substitutionsbehandling er et skadesreducerende tiltag hos denne gruppe.

Eksempler på, hvad skadesreducerende rådgivning til børn og unge kan indeholde³²:

- man kan ikke redde sig selv fra en overdosis
- man skal sige det højt til nogen, hvis man har taget opioider
- man skal ikke tage stoffer alene
- man skal holde øje med hinanden og
- det er vigtigt, at man ikke går fra nogen, der ligger og sover, hvis man har mistanke om, at de har indtaget stoffer, i stedet for skal man vække dem, og hvis det ikke kan lade sig gøre, skal man ringe 112

- man skal ikke blande stoffer og afhængighedsskabende lægemidler som f.eks. opioider, benzodiazepiner og alkohol

Udlevering af naloxon næsespray

Alle som er indskrevet i behandling for opioidafhængighed efter Sundhedslovens § 142 skal have tilbud om gratis naloxon næsespray samt undervisning om, hvordan man udfører livreddende behandling af en opioidoverdosis²⁹.

Næsespray er udviklet for at kunne give andre livreddende behandling, og realistisk vurderet vil man næppe være i stand til at anvende kittet, hvis man som stofbruger selv skulle blive forgiftet. Derfor er det særlig vigtigt, at også den unges pårørende modtager undervisning.

Undervisningen går ud på at identificere en opioidoverdosis, og hvorledes man anvender naloxon næsespray i praksis.

For at komplettere den kommunale indsats tilbyder Antidote Danmark (som led i regeringens program Ungdom Uden Opioider) særskilt undervisning af brugere af opioider og disses pårørende³³.

Naloxon næsespray til brug ved mistanke om opioidoverdosis kan fra 1. januar 2025 købes i håndkøb på apoteket.

Smitte profylakse

Det er vigtigt, at stofbrugere, herunder unge stofbrugere, har mulighed for at passe bedst muligt på sig selv og hinanden ved stofindtag. Derfor bør de unge, som indtager opioider og andre stoffer ved injektion, undervises i hygiejne, korrekt injektionsteknik samt tilbydes sterilt injektionsudstyr (sprøjter, kanyler, vand, skyllekar og vattotter).

Rene sprøjter og kanyler bør være let tilgængelige³⁴. En række kommuner tilbyder rene sprøjter og kanyler via eget stofbehandlingstilbud eller på lokale apoteker. Sterile injektionssæt kan bestilles via Brugernes Akademi³⁵.

Dobbeltdiagnose

Ved dobbeltdiagnose forstås samtidig forekomst af rusmiddelbrug og psykisk lidelse.

Ved mistanke om akut selvmordsrisiko, svær depression, betydelige psykotiske symptomer og/eller symptomer på mani, bør der tages kontakt til børne- og ungdomspsykiatrisk regi hhv. voksenpsykiatrisk regi med henblik på vurdering af behov for akut indsats eller indlæggelse.

Rusmiddelbrug hos unge ses ofte i forbindelse med psykiatriske lidelser, og blandt unge mellem 15 og 25 år med brug af opioider, som er indskrevet i kommunal rusmiddelbehandling, har omkring halvdelen en psykiatrisk diagnose³⁶.

Ubehandlet ADHD giver især forhøjet risiko for misbrug, også i yngre alder, men misbrug kan ses komorbidity til de fleste psykiatriske lidelser, herunder personlighedsforstyrrelse, autisme, angst og affektive lidelser.

Det er derfor vigtigt at være opmærksom på, at rusmidler både kan forstærke og skjule eksisterende vanskeligheder, som f.eks. når de anvendes som en form for selvmedicinering. Derudover kan den unges levevilkår resultere i yderligere belastninger og sekundære psykiatriske problemstillinger.

Symptomer relateret til ruspåvirkning og abstinens-tilstande, som uro, agitation, humørsvingninger, angst, koncentrationsbesvær, seksuelle forstyrrelser, søvnforstyrrelser og psykose, kan i nogle tilfælde være svære at skelne fra psykiatriske lidelser. Billedet kan yderligere kompliceres af blandingsmisbrug eller indtag af stoffer med ukendt indhold. Det er derfor vigtigt med en god rusmiddelanamnese samt, ved mindre akutte tilstande, at se symptomerne an.

Mistrivsel og lettere psykiatriske tilstande f.eks. angst, OCD eller depression af lettere grad kan behandles ved støttende indsatser f.eks. aflastning, tilpasning af undervisning og forventninger, samtaleterapi samt familieorienterede indsatser.

Ved svære psykiske symptomer eller manglende symptomlindring, trods relevante indsatser, bør den unge henvises til udredning og behandling i børne- og ungdomspsykiatrisk hhv. voksenpsykiatrisk regi.

Ved behandling af unge med dobbeltdiagnose er det særdeles vigtigt med en helhedsorienteret tilgang med inddragelse af netværk i form af familie, forvaltning, evt. skoletilbud/uddannelsessted og behandlere, med henblik på at sikre relevant støtte til både den unge og familien. Afholdelse af netværksmøder til koordinering af indsatser er ofte relevant.

Diagnosticering og opstart af medicinsk behandling af psykiatrisk lidelse hos unge under 18 år er en børne- og ungdomspsykiatrisk specialisopgave. Ved en koordineret indsats mellem f.eks. stofbehandlingstilbud og børne- og ungdomspsykiatri er det væsentligt med et tæt samarbejde og gensidig information. Det gælder såvel behandlingseffekt som monitorering af medicinbivirkninger og interaktioner.

Unge over 18 år med moderat til svær psykisk lidelse, rusmiddelbrug og nedsat funktionsniveau er fra 1. september 2024 omfattet af det integrerede dobbeltdiagnosetilbud i regionspsykiatrien. I tilfælde af dobbeltdiagnose og normalt funktionsniveau forventes den unge at kunne behandles i et efterfølgende koordineret (parallelt) behandlingsforløb.

Ved udarbejdelse af aktuelle guideline er opbygning af dobbeltdiagnose-tilbud i børne- og ungdomspsykiatrien stadig i en tidlig forberedelsesfase. Indtil arbejdet med at beskrive indhold og visitationsretningslinjer samt opbygning af en egentlig behandlingsskapacitet vedrørende integreret dobbeltdiagnose behandling er afsluttet, vil der være mulighed for behandling i voksenpsykiatrien for patienter under 18 år, som nærmer sig aldersgrænsen. Det vil dog være begrænset til særlige situationer, og forudgået af en konkret faglig vurdering og med inddragelse af både patienten og evt. dennes forældre, samt inddragelse af region og kommune³⁷.

Abstinensbehandling

- Akutte opioidabstinenser skal behandles
- Ved akut abstinensbehandling af unge anvendes buprenorphin respektive buprenorphin-naloxon
- Kombinationspræparatet buprenorphin-naloxon findes (med ganske få undtagelser) ikke i styrker under 2 mg, så ved doser under dette niveau må anvendes mono-buprenorphin.

Hvis patienten frembyder kliniske abstinenssymptomer, foreligger der en akut behandlingskrævende tilstand, som lægen har pligt til at håndtere¹⁸.

Opioidabstinenser viser sig typisk som influenzalignende symptomer, som med vekslende styrke kan omfatte muskel- og ledsmerter, varme- og kuldefølelse, uro og rastløshed, søvnløshed, angst, tristhed, store pupiller, nedsat appetit, mavekramper, kvalme, diarré, gåsehud, sitren, gaben, tåre- og næseflåd. Symptomerne vil ofte være ledsaget af trang til at indtage opioider. Den unge uerfarne opioidbruger vil ikke nødvendigvis tolke symptombilledet som en abstinensstilstand, men f.eks. som influenza.

Ved lav grad af tilvænning vil abstinenssymptomerne være relativt lette og overvejende subjektive og behøver ikke nødvendigvis umiddelbare medicinske tiltag, men altid støtte og rådgivning. Watchful waiting er dog vigtig, med mulighed for at kunne iværksætte medicinsk behandling, hvis abstinensstilstanden udvikler sig.

Uanset graden af afhængighed vil de subjektive symptomer dominere i starten af forløbet. En ubehandlet abstinensstilstand kan udvikle sig med tydelige objektive og meget ubehagelige symptomer. Behandlingen skal iværksættes inden der udvikles et fulminant abstinenssyndrom. Hos i øvrigt raske personer er opioidabstinensstilstanden sjældent livstruende, selvom den kan medføre dehydrering og overaktivitet i det sympatiske nervesystem. Dette kan dog være risikofyldt, hvis patienten har somatisk eller psykisk sårbarhed³⁸. Ubehandlet opioid-abstinensstilstand er forbundet med risiko for overdosis, hvis den unge genoptager brugen af opioider eller indtager andre rusmidler.

Det kan være indiceret at iværksætte abstinensbehandling under indlæggelse eller i almen praksis, f.eks. i ventetiden på behandling i det kommunale stofbehandlingstilbud, jf. behandlingsgaranti på 14 dage.

Sværhedsgraden af abstinensstilstanden vurderes ved hjælp af scorereds-kabet COWS. COWS anvendes også til at monitorere effekten af abstinensbehandling.

Unge med fast forbrug af tramadol, vil som udgangspunkt på basis af klinisk erfaring kunne behandles med lavere doser, end hvad der er nødvendigt ved f.eks. fast brug af oxycodon.

Fremgangsmåde

Princippet er at starte med lav dosis buprenorphin, vejledende sublinguale doser 0,4 mg, 2 mg buprenorphin ved brug af tramadol, og sublingualt 2-4 mg buprenorphin-naloxon ved brug af oxycodon. Derfra trappes op med refrakte doser af sublingualt 0,2-0,4 mg buprenorphin hhv. 2 mg buprenorphin-naloxon hver time, med løbende vurdering af almentilstand og registrering af COWS.

Slutdosis afhænger af patientens tolerance for opioider og kan ikke fastsættes på forhånd. I stedet lader man sig vejlede af den kliniske tilstand. Når patienten er velbefindende og COWS-score faldet til acceptabelt niveau, dvs. < 5, afsluttes optræningen. Hvis der optræder abstinenssymptomer senere i løbet af første døgn, kan der gives 0,2-0,4 mg buprenorphin hhv. 2 mg buprenorphin-naloxon sublingualt pn.

Næste dag, dvs. dag 2, gives første døgn kumulerede dosis som én samlet dosis. Hvis der optræder abstinenssymptomer senere i dette døgn, kan der gives 0,2-0,4 mg buprenorphin hhv. 2 mg buprenorphin-naloxon sublingualt pn.

Dosis fastholdes som én daglig dosering, og fra og med 3. dagen bør der ikke være behov for pn. Paracetamol kan anvendes mod smerterne, som er en del af abstinensstilstanden.

Behandlingen med buprenorphin kan videreføres som substitutionsbehandling i stofbehandlingstilbud.

Vejledende doser i opioid-abstinensbehandling

| | | Lavdosis behandling | Moderat-højdosering behandling |
|----------------------------|---|--|---|
| Dag 1 | Startdosis | 0,2-0,4 mg buprenorphin sublingualt | 2-4 mg buprenorphin-naloxon sublingualt |
| | Optrapning, refrakte doser | 0,2-0,4 mg buprenorphin sublingualt hver time vejledt af COWS | 2-4 mg buprenorphin-naloxon sublingualt hver time vejledt af COWS |
| | Pausere optrapning | Når velbefindende og COWS < 5 | Når velbefindende og COWS < 5 |
| | pn | Medgiv 0,2-0,4 mg buprenorphin sublingualt til selvadministration ved evt. gennembrud af abstinenser | Medgiv 2 mg buprenorphin-naloxon sublingualt til selvadministration ved evt. gennembrud af abstinenser |
| Dag 2 | Samlet dosis | Gårdagens kumulerede dosis gives som én samlet dosis. Hvis dosis er på 2 mg eller mere, ændres præparat til buprenorphin-naloxon | Gårdagens kumulerede dosis gives som én samlet dosis |
| | pn | Medgiv evt. 0,2-0,4 mg buprenorphin sublingualt til selvadministration ved evt. gennembrud af abstinenser | Medgiv evt. 2 mg buprenorphin-naloxon sublingualt til selvadministration ved evt. gennembrud af abstinenser |
| Dag 3 | Samlet dosis | Gårdagens kumulerede dosis gives som én samlet dosis | Gårdagens kumulerede dosis gives som én samlet dosis |
| | pn | Medgiv evt. 0,2-0,4 mg buprenorphin sublingualt til selvadministration ved evt. gennembrud af abstinenser | Medgiv evt. 2 mg buprenorphin-naloxon sublingualt til selvadministration ved evt. gennembrud af abstinenser |
| Dag 4 | Samlet dosis uden pn | Fortsætte dosis med én daglig administration | Fortsætte dosis med én daglig administration |
| I løbet af 1-2 uger | Der kan være behov for at justere dosis i begge retninger ud fra en konkret individuel klinisk vurdering. | | |

Tablet 2. Vejledende doser i opioid-abstinensbehandling

Scoreredskaber

COWS

Clinical Opiate Withdrawal Scale, COWS³⁹, er et valideret redskab til klinisk brug for vurdering af abstinensstilstandens sværhedsgrad. En COWS-score på 5-12 svarer til mild, 13-24 til moderat, 25-36 til svær og > 36 til meget svær opioid-abstinensstilstand. Den kliniske anvendelse af COWS i forbindelse med iværksættelse af medicinsk behandling er beskrevet tidligere i dette afsnit om abstinensbehandling.

Se COWS-skema under Bilag1.

SOWS

Subjective Opiate Withdrawal Scale, SOWS⁴⁰, er et valideret redskab med 16 symptomer, som patienten rater på en skala fra 0 (slet ikke) til 4 (ekstrem grad). SOWS udfyldes af patienten selv og kan anvendes til at vurdere den selvoplevede sværhedsgrad af abstinensstilstanden.

Se SOWS-skema under Bilag.

Både COWS og SOWS kan bruges til at følge udviklingen af abstinensstilstanden, f.eks. som led i iværksættelse af abstinens- og substitutionsbehandling.

Substitutionsbehandling

- Før iværksættelse af substitutionsbehandling skal det være lægeligt vurderet, at dette er den rette behandlingsmetode for den pågældende patient.

Substitutionsbehandling er en evidensbaseret medicinsk behandling, hvor stofindtagelse erstattes med et mere hensigtsmæssigt lægemiddel med henblik på behandling af afhængighed.

Substitutionsbehandling har en dokumenteret positiv effekt på nedsat sygelighed og dødelighed hos voksne med afhængighed og skadeligt brug af opioider, samt på kriminalitet og tilknytning til psykosociale behandlingsindsatser. Der foreligger ikke samme grad af dokumentation for, om det også gør sig gældende for unge under 18 år.

Som udgangspunkt er substitutionsbehandling ikke en akut behandling, selv om den blandt andet har til formål at holde patienten abstinensfri, og behandlingen er mere omfattende og længerevarende end abstinensbehandling. Isoleret substitutionsbehandling, dvs. medicinsk behandling uden ledsagende psykosocial behandling, bør ikke forekomme, da det medfører høj drop-out-rate og risiko for tilbagefald til opioidmisbrug.

Det er ikke alle unge, som har et problematisk forbrug af opioider, der skal tilbydes substitutionsbehandling

- Substitutionsbehandling er forbeholdt unge, som opfylder de diagnostiske kriterier for opioidafhængighed.

Hos unge med kort anamnese og lav grad af fysisk afhængighed, kan det ikke udelukkes, at længerevarende substitutionsbehandling kan medvirke til at øge den unges fysiske afhængighed.

Sandsynligheden for, at substitutionsbehandling vil indebære sundhedsmæssige fordele for den unge, er større jo mere omfattende den unges afhængighed er, dvs. jo flere diagnostiske kriterier som foreligger og jo længere tid, de har været til stede, samt jo mere skadeligt brugt er for den unge, f.eks. injektionsbrug, kramper og overdoser. I disse tilfælde kan substitutionsbehandling betragtes som et skadesre-

ducerende tiltag. På trods af manglende evidens for unge under 18 år, må det forventes at en substitutionsbehandling med tæt opfølgning også er skadesreducerende hos de helt unge, jf. behandlingens dokumenterede virkninger i form af nedsat sygelighed og dødelighed hos voksne med misbrug og afhængighed af opioider.

Substitutionsbehandling er en behandlingsform, hvor ulovligt erhvervede opioider erstattes med lægeordineret medicin som f.eks. buprenorphin eller methadon. Disse erstatningsmediciner er mindre skadelige og kan hjælpe med at reducere abstinenssymptomer og trangen til at bruge mere skadelige stoffer. Substitutionsbehandling repræsenterer ikke nødvendigvis en "kur" for afhængighed. Den skal snarere forstås som en strategi for at håndtere afhængigheden mere sikkert og hjælpe en person med at opnå en mere stabil livssituation. Substitutionsbehandling indgår i sammenhæng med den sociale stofmisbrugsbehandling“.

Ungdom Uden Opioider, Regeringen, 2024

- Den unge patient skal informeres om virkninger og bivirkninger af substitutionsmedicin.

Som i al anden lægelig behandling, skal patienten give informeret samtykke til behandlingen.

Barnet og den unge skal informeres om, at buprenorphin ikke har den samme dæmpende effekt eller rusvirkning som de illegale opioider. Det skal kroppen og hjernen vænne sig til og patienten skal informeres om at nervesystemet og følelser kan 'vågne op' efter skiftet til buprenorphin. Blandt andet derfor skal den unge patient følges tæt under behandlingen, både under optitrering, i stabil fase og under udtrækning.

Nogle brugere af opioider finder det tryghedsskabende at tage en tablet ved behov. Det kan være vanskeligt at skulle ophøre med det i forbindelse med at indgå i substitutionsbehandling. Det bør der være opmærksomhed på i samtalen med den unge. Desuden skal patienten informeres om risiko for overdosis, særligt i tilfælde af genoptagelse af forbrug efter nedtrækning, hvor tolerancen for opioider vil være reduceret i forhold til tidligere.

Varighed af substitutionsbehandling

- Man bør ikke forlods planlægge med en fast slutdato for rusmiddelbehandlingen af unge².

Der foreligger ikke evidens for anbefalinger til varighed af substitutionsbehandling af unge².

Afhængigt af rusmiddelhistorik og sociale forhold kan unge imidlertid stabilisere sig hurtigt på medicinsk behandling. Det gør det muligt at overveje udtrækning hurtigere, end det ville være tilfældet med voksne.

Hvis omfanget af det skadelige opioidbrug er udviklet over tid, vil en mere omfattende og langvarig behandling ofte være nødvendig.

Når dosis er indstillet og den unge er stabiliseret i forhold til regelmæssigt fremmøde og ophør med opioidbrug og andre rusmidler eller illegal medicin gennem et par måneder, bør der tages stilling til udtrækning.

Et studie af 16-24-årige unge med problematisk brug af opioider viste signifikant bedre fastholdelse i behandling og stoffrihed efter udtrækning af buprenorphin over 56 dage i forhold til udtrækning på 28 dage⁴¹.

Et andet studie af 15-21-årige sammenlignede 2 ugers buprenorphin-naloxon-udtrækning med 8 ugers buprenorphin-naloxon i stabil dosis fulgt af udtrækning over 4 uger og fandt at der var signifikant mindre brug af illegale opioider blandt de unge, som have modtaget behandling i 12 uger. Selv om forskellen udlignede sig hurtigt efter udtrækning, konkluderede forfatterne, at der ikke er holdepunkter for at trække de unge hurtigt ud, hvis de responderer godt på behandling med buprenorphin-naloxon⁴².

Medicinhandling og opbevaring af medicin

- Medicinadministrationen bør ske ved personale, som har kompetence i håndtering af afhængighedsskabende medicin og i at observere virkning og bivirkninger.

Opioider, som anvendes til substitutions- og abstinensbehandling kan ligesom alle andre opioider forårsage potentielt livstruende forgiftninger hos personer, der ikke er tilvænnet⁴³.

Det er derfor vigtigt med særskilt opmærksomhed ved medicinhandlingen og væsentligt at instruere den unge i korrekt indtagelse af buprenorphin resoribletter.

Det er en lægelig opgave at tage stilling til forholdet mellem superviseret indtagelse i stofbehandlingstilbuddet og udleveret medicin til administration i hjemmet, samt vurdere hvorvidt den unges forældre kan have en rolle i medicinadministrationen. I tilfælde, hvor det ikke vurderes hensigtsmæssigt at medicinopbevaring og medicinadministration varetages af forældrene, kan overvejes hyppigere fremmøde på stofbehandlingstilbuddet eller, afhængig af lokale forhold som f.eks. afstand til stofbehandlingstilbud, et tæt samarbejde med hjemmesygeplejerske omkring medicinhandling.

- Substitutions- og abstinensmedicin skal opbevares sikkert.

Hvis lægemidlerne udleveres til administration i hjemmet, skal der være opmærksomhed på, og information til patienten og så vidt muligt pårørende om, at medicinen skal opbevares sikkert i aflåst medicinboks og utilgængeligt for uvedkommende, som f.eks. børn eller kæledyr i hjemmet, samt at medicinen ikke anvendes af andre end patienten.

Løbende kontakt til stofbehandlingstilbud

- Behandlingen bør følges nøje med som minimum ugentlig kontakt og regelmæssig opfølgning ved læge eller sygeplejerske/social behandler i den unges behandler-team.

Hyppigheden af den unges fremmøde bør afstemmes med hensynet til, at den unge kan deltage i uddannelse og job. Den hyppige kontakt til den unge i forbindelse med fremmøde til medicinindtagelse og -udlevering er en vigtig del af relationsdannelsen og den samlede rusmiddelbehandling af den unge. Ved eventuelle overvejelser om depotbehandling med buprenorphin, bør dette aspekt tages i betragtning.

De illegale opioidider

Alle opioidider er potentielle rusmidler. I Danmark har morfin domineret frem til midt-70'erne, hvor heroin kommer til landet. Fra 1980-erne suppleres det illegale marked i tiltagende grad med lægeordineret methadon. I 2002 overhaler methadon heroin/morfin som dominerende opioid ved forgiftningsdødsfald⁴⁴.

Aktuelt er tramadol og oxycodon de hyppigst anvendte opioidider. Hverken tramadol eller oxycodon er godkendt til abstinens- og substitutionsbehandling, og eventuel off-label anvendelse må frarådes.

Tramadol

Foruden at være et opioid, er tramadol en serotonin- og noradrenalin reuptake-hæmmer. Begge virkningsmekanismer influerer på forgiftningsbilledet, den kliniske virkning og ophørssymptomerne. Man har tidligere opfattet tramadol som et svagt opioid, men opdelingen i svage og stærke opioidider anses nu for obsolet, og tramadol skaber afhængighed på linje med andre opioidider.

På grund af tramadols serotonerge effekt antages det, at indtag over en periode giver en vis antidepressiv virkning, selv om den kliniske betydning er uvis. Der bør være opmærksomhed på, at denne eventuelle virkning bortfalder efter ophør med tramadol.

Tramadol-forgiftning

Tramadol har udover de klassiske opioid-bivirkninger som fx eufori, sedation og respirationsdepression også bivirkninger relateret til hæmning af genoptagelsen af monoaminer. Disse bivirkninger er bl.a. takykardi, hypertension, krampeanfald og serotonergt syndrom. Risikoen for serotonergt syndrom bør lede til stor forsigtighed ved ordination af SSRI- og SNRI-præparater til unge, som bruger tramadol.

Tramadol sænker krampetærsklen og kan udløse generaliserede krampeanfald. Det sker, at unges brug af tramadol først identificeres i forbindelse med akut indlæggelse efter et krampeanfald.

Tramadol og serotonin-seponeringssymptomer

Ved ophør med tramadol i forbindelse med opstart af substitutionsbehandling med buprenorphin, kan der optræde symptomer svarende til seponeringssymptomer ved SSRI-præparater. Det såkaldte serotonin-seponeringssyndrom omfatter ofte influ-

enzalignende symptomer som hovedpine, gener fra mave-tarm-kanalen, svimmelhed og sanseforstyrrelser. Symptomerne optræder hurtigt efter seponering.

Den kliniske betydning ved ophør med illegal tramadol er ikke klarlagt. Tilsvarende foreligger der ingen anbefalinger for håndtering af eventuelle serotonin-seponeringssymptomer efter ophør med illegal tramadol.

Oxycodon

Oxycodon er et opioid med høj såkaldt likeability-faktor¹⁵. Psykisk afhængighed optræder meget hurtigt. Oxycodon kan indtages peroralt eller ved snifning med henblik på rus.

Methadon og buprenorphin

Methadon og buprenorphin er godkendte lægemidler til behandling af opioidafhængighed. Ligesom andre opioidider kan både methadon, og i mindre grad buprenorphin, anvendes som rusmiddel og forekommer på det illegale marked, hvilket bl.a. skyldes lækage fra legal medicinsk behandling.

Heroin

Heroin (diacetylmorfin) er et semisyntetisk derivat af morfin. Heroin indtages som illegalt rusmiddel ved injektion eller inhalation. Legal anvendelse sker ved lægelig ordination på fem kommunale heroinklinikker. Indtag sker under sundhedsfaglig supervision ved injektion eller peroral tabletbehandling.

Fentanylanaloger og nitazener

Syntetiske opioidider som fentanyl, fentanylanaloger og nitazener, er en gruppe af højpotente opioidider, hvis effekt er mange gange større end morfin. Sandsynligheden for at de unge stofbrugere aktivt vil opsoge fentanylanaloger og nitazener er lav. Derimod kan de unge utilsigtet blive eksponeret for dem via falsk medicin, som tilsætning i f.eks. puff bars eller ved *drugging*, hvor man ufrivilligt har fået et rusmiddel i sin drink. Det kan medføre livstruende overdosisilfælde.

Sundhedsstyrelsen overvåger fænomenet og har f.eks. i maj 2025 advaret om fund af farlige nitazener i falske OxyContin blisterpakker⁴⁵.

Opioider der anvendes som substitutionsmedicin

Opioider, der anvendes som rusmidler (f.eks. heroin), har typisk en hurtig indsættende virkning, hvorimod opioider, som anvendes som substitutionsmedicin (f.eks. buprenorfin), har en langsommere indsættende virkning og lang virkningsvarighed. Dette giver mulighed for en stabil virkning over døgnet, hvor der i korrekt dosering hverken optræder påvirkning af de psykomotoriske funktioner eller gennembrud af opioidabstinenser.

Lægemidler til behandling af opioidafhængighed fremgår af Tabel 3.

Buprenorfin

Buprenorfin (og siden kombinationspræparatet buprenorfin/naloxon) har efter Sundhedsstyrelsens første vejledning om substitutionsbehandling af opioidafhængighed i 2008 været førstevalgspræparat til nye, ikke tidligere behandlede, fordi det er methadon overlegent på en række parametre:

- Gunstigere sikkerhedsprofil (mindre sedation og central respirationshæmning)
- Meget få letalt forløbende forgiftninger (primært i kombination af benzodiazepiner)
- Høj receptoraffinitet, som resulterer i displacement af, og dermed beskyttelse, mod virkning af andre og mere potente opioider
- Mindre eufori
- Mindre afhængighedsskabende
- Nærmere at nedtrappe

Buprenorfin er en partiel opioidagonist, som binder sig til My-opioid-receptoren med høj affinitet. Hvis buprenorfin indtages af en person med fysisk opioidafhængighed, og hvor opioidreceptorerne er mættet med en fuld opioidagonist, som f.eks. methadon, vil buprenorfin displacere opioidagonisten og dermed kan der udløses en abstinensstilstand hos personen, kendt som præcipiterede abstinenser.

Buprenorfin findes i to lægemiddeltyper:

- Mono-buprenorfin (buprenorfin alene) findes som sublinguale resoribletter, depotplastre og subkutan depotinjektionsvæske.
- Buprenorfin-naloxon (buprenorfin i kombination med naloxon) findes som sublinguale resoribletter og sublingual film. Når buprenorfin-naloxon indtages over slimhinden, er optagelsen af naloxon minimal og uden klinisk betydning.

Sundhedsstyrelsen anbefaler at behandle med kombinationspræparatet buprenorfin/naloxon, fordi risikoen for overdosering/rusvirkning ved at injicere eller sniffe resoribletterne er minimal. I tilfælde med beskedent dosisbehov kan det dog være nødvendigt at anvende mono-buprenorfin, da kombinationspræparatet buprenorfin-naloxon ikke fremstilles i tilsvarende lave doser.

Bivirkningerne ved buprenorfin svarer til bivirkningerne ved de rene opioid-agonister, men generelt mildere. Især er den lavere grad af sedation og respirationshæmning væsentlig i forhold til patientsikkerhed og har betydning for, at optrapning kan ske relativt hurtigt.

Buprenorfin forekommer også i depotformulering til subkutan injektion hver uge eller hver måned. Den laveste dosis af ugentlig og månedlig depotbehandling svarer til en daglig dosis på hhv. 2-6 mg og 8-10 mg sublingual buprenorfin, hvilket bør tages i betragtning ved substitutionsbehandling af unge med lav grad af fysisk afhængighed.

Methadon

Methadon er en ren opioidagonist, som binder sig til og stimulerer My-opioid-receptoren.

Methadon er velegnet til substitutionsbehandling, men mindre egnet til akut abstinensbehandling. Iværksættelse og optrapning skal foregå efter princippet start low – go slow pga. risiko for akkumulering og dermed overdosering ved for hurtig optrapning.

Methadon findes som tabletter og mikstur og injektionsvæske.

Ud fra et forsigtighedsprincip fraråder Sundhedsstyrelsen at bruge methadon som substitutionsbehandling til unge under 18 år på grund af den øgede risiko for afhængighed og andre ufordelagtige effekter af methadon (se Bilag 5). Forfatterne bag nærværende guideline mener imidlertid – på linje med de canadiske anbefalinger – at brugen af methadon ikke kan udelukkes i tilfælde med udtalt afhængighed, hvor buprenorphin er grundigt afprøvet over passende tid og ikke har haft tilstrækkelig effekt.

Heroin

Heroin (diacetylmorfin) er et semisyntetisk derivat af morfin. Behandling med lægeordineret heroin finder sted på fem kommunale heroinklinikker. Indtag sker under sundhedsfaglig supervision ved injektion eller peroral tabletbehandling.

Naltrexon

Naltrexon er en opioidantagonist, som blokerer opioidreceptorerne og hindrer virkningerne af både fulde og partielle opioidagonister. Hos opioidtilvænnede med aktuel brug af opioider, vil indtagelse af naltrexon derfor medføre præcipiterede abstinenser. Naltrexon nedsætter ikke trang til at indtage opioider.

Naltrexon kan anvendes som forebyggende medicinsk behandling til tidligere opioidbrugere.

Ifølge produktresuméet bør naltrexon ikke anvendes til patienter under 18 år, da virkningen og sikkerheden ved anvendelse til børn er ikke klarlagt.

Naltrexon har ingen dokumenterede fordele, sammenlignet med buprenorphin, i retention i behandling, afholdenhed fra opioider eller oplevede bivirkninger⁵.

I Danmark er det kun den perorale formulering til daglig dosering, som er godkendt til brug. Studier af langtidsvirkende naltrexon har konkluderet, at der skal udvises stor forsigtighed med anvendelse af langtidsvirkende naltrexon pga. overdosisrisikoen ved opioidbrug, når den receptorblokerende virkning ophører i forbindelse med seponering/autoseponering

Off-label-behandling

Al behandling forudsætter informeret samtykke. Ved off-label-behandling skal personen med opioidafhængighed (og forældre ved behandling af unge under 18 år) yderligere informeres grundigt om behandlingen, herunder hvilken evidens der ligger til grund for denne, at det er en behandling uden for godkendt aldersgruppe og dermed ikke kan genfindes i indlægssedlen samt om de bivirkninger, der kan opstå.

Lægen skal omhyggeligt journalføre begrundelsen for off-label-behandlingen og det informerede samtykke.

Ved off-label udskrivning gælder det, som for alle andre lægemidler, at den behandlende læge har det faglige ansvar for ordinationen af lægemidlet og skal sætte sig ind i dosering, bivirkninger, kontraindikationer, særlige advarsler og forsigtighedsregler.

Lægemidler til behandling af opioidafhængighed

| Lægemidler til behandling af opioidafhængighed | | | |
|--|--|---|--|
| < 15 år | Der findes på nuværende tidspunkt ingen lægemidler i Danmark, der er godkendt til substitutionsbehandling af børn under 15 år med opioidafhængighed. Behandling af børn under 15 år er derfor off-label-behandling | | |
| 15-18 år | Der skal udvises forsigtighed ved brug til personer mellem 15 og 18 år, fordi der stadig mangler tilstrækkeligt data på denne aldersgruppe. Produktresuméerne opfordrer til, at patienter under 18 år overvåges særligt nøje under behandlingen, f.eks. i forhold til effekt og bivirkninger | | |
| ≥ 18 år | 1. valg: Buprenorfin-naloxon 2. valg: Mono-buprenorfin 3. valg: Methadon 4. valg: Diacetylmorfin | | |
| Buprenorfin | | | |
| Partiel opioidagonist | | | Anvendelsesområde |
| Resoribletter | Buprenorfin ≥ 2 mg | Godkendt ≥ 15 år til substitutionsbehandling < 15 år: Off-label | Abstinensbehandling Substitutionsbehandling |
| Resoribletter | Buprenorfin-naloxon | Godkendt ≥ 15 år til substitutionsbehandling < 15 år: Off-label | Abstinensbehandling Substitutionsbehandling |
| Subkutan depot-injektion | Buprenorfin | Godkendt ≥ 16 år til substitutionsbehandling < 16 år: Off-label | Substitutionsbehandling |
| Resoribletter | Buprenorfin 0,2 + 0,4 mg | Godkendt til børn ≥ 37,5 kg til smertebehandling (www.promedicin.dk) Substitutionsbehandling: Off-label | Abstinensbehandling og substitutionsbehandling ved lav grad af afhængighed Udtrapning |
| Plaster/transdermal | Buprenorfin 5, 10, 15, 20 mikrogram/time | Godkendt ≥ 18 år til smertebehandling < 18 år og substitutionsbehandling: Off-label | Udtrapning i lave doser |
| Methadon | | | |
| Fuld opioidagonist | | | Anvendelsesområde |
| Tabletter | Godkendt til substitutionsbehandling Ud fra et forsigtighedsprincip fraråder Sundhedsstyrelsen at methadon bruges som substitutionsbehandling til unge under 18 år | | Substitutionsbehandling |
| Mikstur | | | Substitutionsbehandling |
| Naltrexon | | | |
| Opioid-antagonist | | | Anvendelsesområde |
| Tabletter | Godkendt ≥ 18 år til tilbagefaldsforebyggelse Bør ikke anvendes til patienter under 18 år, da virkningen og sikkerheden ved anvendelse til børn er ikke klarlagt | | Tilbagefaldsforebyggelse efter ophør med opioider |
| Opmærksomhedspunkter | | | |
| Tramadol og oxycodon er – uanset alder – ikke godkendt eller anbefalet til abstinens- og substitutionsbehandling | | | |

Tablet 3. Lægemidler til behandling af opioidafhængighed

Behandlingsprincipper

Trinvis behandlingstilgang

Behandlingen anbefales at følge principperne for trinvis tilgang. Det gælder både i forhold til intensitet i behandlingen, i forhold til dosis og i forhold til varighed af behandlingen.

Trinnene i intensiteten af den sociale stofbehandling er omtalt i kapitlet om tværfaglig rusmiddelbehandling.

Uanset hvilket trin, der er tale om, bør en eventuel lægelig behandling ske tæt koblet til den psykosociale rusmiddelbehandling af den unge.

Første trin i den lægelige behandling omfatter en vurdering af, om der er indikation for og ønske om medicinsk behandling. Vurderingen foretages på baggrund af anamnesen, den objektive undersøgelse og den unges ønsker.

Rådgivning om udtrækning uden medicinsk behandling

Substitutionsbehandling er ikke indiceret hos alle unge, der bruger opioider. Hvis forbruget er sporadisk eller kun har stået på i kort tid, og den unge ikke har udviklet en fysisk afhængighed, kan en non-farmakologisk tilgang med relevant rådgivning være tilstrækkelig. Rådgivningen bør omfatte overdosisforebyggelse og principper for skadesreduktion.

Hvis den unge ikke ønsker at modtage medicinsk behandling, kan lægen give den unge en grundig og overskuelig vejledning i at trække sit forbrug ud, med tæt støtte fra behandler og med sundhedsfaglig opfølgning. Hvis udtrækning ikke lykkes, skal lægen hurtigt tage stilling til iværksættelse af medicinsk behandling.

Ved tegn og symptomer på underliggende psykiske problemer, som den unge forsøger at håndtere ved hjælp af opioider, skal der udvises særlig opmærksomhed på at hjælpe den unge med en mere hensigtsmæssig håndtering og relevante behandlings tiltag.

Faser i den medicinske behandling

Den medicinske behandling vil ofte indledes med fokus på håndtering af abstinenser.

Hvis den unge har en dokumenteret fysisk afhængighed med aktuel tilstedeværelse af kliniske abstinenssymptomer, foreligger der en akut behandlingskræ-

vende tilstand, som lægen har pligt til at håndtere. Abstinensbehandling er beskrevet i tidligere afsnit.

Umiddelbart efter håndtering af abstinensstilstanden, bør foretages en udredning i stofbehandlingstilbud af den unges behov for rusmiddelbehandling. Her tages stilling til, om den medicinske behandling kan forsøges udtrappet eller om den skal fortsætte som regulær substitutionsbehandling.

Når behandlingen udtrappes, bør den unge følges tæt med mulighed for hurtig genoptagelse af den medicinske behandling i tilfælde af opioidbrug.

Hos unge bør der løbende være opmærksomhed på fordele og ulemper ved substitutionsbehandling set i forhold til udtrækning.

Principper for dosering

Der er forskel på de doser, der skal til for at håndtere abstinenser, reducere trang og blokere for virkningen af andre opioider. Behandling af abstinenssymptomer kan i de fleste tilfælde opnås ved lavere doser end hvad der skal til for at blokere for andre opioider.

Princippet i abstinensbehandling er at titrere dosis af buprenorphin gradvist op til passende abstinensdække.

Principperne for substitutionsbehandling er at behandle med doser, som giver receptorblokada med henblik på at blokere for virkningen af andre opioider. Der foreligger ingen anbefalinger for eksakte doser, men en oversigtsartikel om voksne peger i retning af, at doser under 8 mg buprenorphin ikke giver effektiv receptorblokada⁴⁶, og at doser over 16 mg ikke giver øget blokade⁴⁷.

Det er ikke undersøgt om disse principper er relevante i behandlingen af unge med relativ lav grad af fysisk afhængighed, som det kan ses ved f.eks. misbrug af tramadol og kort anamnese. I disse situationer kan man antage, at det medicinske set vil være tilstrækkeligt at behandle med doser, som retter sig mod at håndtere abstinenssymptomer og ikke nødvendigvis at tilstræbe receptorblokada. Det kan dog være relevant i nogle tilfælde at behandle med doser, som ud over abstinensbehandling også har til formål at dæmpe trang.

Iværksættelse af substitutionsbehandling med buprenorphin

Beskrivelsen gælder både for buprenorphin med og uden naloxon. I det følgende anvendes betegnelsen buprenorphin om begge præparater.

Fremgangsmåden afhænger af den unges aktuelle kliniske abstinensstilstand, tiden fra sidste indtagelse og opioidforbrugets størrelse.

Patienten instrueres i at ophøre med opioidindtagelse i passende tidsmæssig afstand før iværksættelse af buprenorphin af hensyn til at forebygge udviklingen af præcipiterede abstinenser.

Første dosis buprenorphin kan administreres når disse kriterier er til stede:

- Patienten er klinisk opioidabstinent, vejledende COWS-score > 11

Det kliniske abstinensbillede hos unge med misbrug af tramadol og kortvarig afhængighed, kan være begrænset til uro, dilaterede pupiller, fugtig hud og almen utilpashed.

- Der er gået mindst 12 timer efter sidste indtagelse af korttidsvirkende opioid (fx tramadol, oxycodon, morfin, heroin), mindst 24 timer efter intermediært virkende opioid (fx depotmorfin) og 48-72 timer efter langtidsvirkende opioid (fx methadon) (vejledende tidsintervaller)⁵.

Hvis patienten ikke er tilstrækkeligt abstinent, eller der ikke er gået tilpas lang tid efter sidste opioidindtagelse, udskydes iværksættelsen.

Iværksættelsen svarer til abstinensbehandling, som er beskrevet i kapitlet Abstinensbehandling, hvor der også indgår et skema med vejledende doser.

Patienten skal instrueres i korrekt indtagelse af resoribletter sublingualt.

Dag 1

Startdosis: buprenorphin 2 mg x 1 sublingualt (evt. lavere dosis, se nedenfor)

Virkingen monitoreres ved hjælp af COWS og evt. SOWS, samt observation af bevidsthedsniveau og bivirkninger som f.eks. hovedpine.

Hvis der efter 1-2 timer er uacceptable abstinenser, kan der suppleres med 2 mg sublingualt hver 1.-2. time (evt. lavere dosis, se nedenfor) til ophør af abstinenser svarende til COWS-score under 5¹⁷.

Hos voksne opioidbrugere med etableret opioidafhængighed, vil der ofte være behov for 8-16 mg sublingualt i første døgn, men doser op til den maksimale døgndosis på 24 mg sublingualt kan være nødvendige.

Patienten kan medgives 2 mg buprenorphin resoribletter til sublingual indtagelse i tilfælde af abstinensgennembrud før næste dags fremmøde.

Unge med kortere anamnese og med mindre grad af fysisk afhængighed, som det kan ses ved brug af tramadol, kan erfaringsmæssigt have et mindre dosisbehov. Buprenorphin vil her kunne iværksættes med 0,4-2 mg sublingualt, og øges med refrakte doser á 0,2 eller 0,4 mg sublingualt. Tilsvarende kan der medgives buprenorphin til selvadministration hjemme op til 2 mg sublingualt, i refrakte doser á 0,2 – 0,4 mg resoribletter sublingualt.

Dag 2

Hvis der ikke har været abstinenser efter sidste dosis, gives samme dosis som på dag 1 som én samlet administration.

Hvis der er abstinenser, gives samme dosis som på dag 1 som én administration plus yderligere 2 mg sublingualt.

Patienten kan medgives buprenorphin 2 mg sublingualt til indtagelse i tilfælde af abstinensgennembrud før næste dags fremmøde.

Vær opmærksom på den maksimale anbefalede døgndosis på 24 mg buprenorphin sublingualt (og 24 mg buprenorphin/6 mg naloxon sublingualt ved kombinationspræparat)

Unge i lavdosis-buprenorphin kan medgives resoribletter op til 2 mg sublingualt, i refrakte doser á 0,2 - 0,4 mg sublingualt.

Dag 3 og frem

Hvis der ikke er abstinenser og intet andet indtag af opioider fortsættes som dag 2.

Hvis der fortsat er abstinenser, gives samme dosis som på dag 2 som én administration plus yderligere 2 mg resoribletter (hhv. 0,2 - 0,4 mg) og fortsæt på samme måde som på dag 2 i tilfælde af uacceptable abstinenser.

Vær opmærksom på den maksimale anbefalede døgndosis på 24 mg buprenorphin sublingualt (og 24 mg buprenorphin/6 mg naloxon ved kombinationspræparat).

Slutdosis for optitreringen vil i udgangspunktet altid være individuel og afhængig af personens tolerance og findes ved en gradvis optitrering indtil patienten er velbefindende uden abstinenssymptomer og uden tegn på overdosering.

Ved behandling af unge, som bruger tramadol og som har relativ lav grad af fysisk afhængighed, kan man få en pejling på slutdosis for optrapningen ved at tage udgangspunkt i den unges oplysninger om forbrug af tramadol. Vejledende ækvivalente doser: 150 mg tramadol peroralt svarer til 0,6 mg buprenorphin sublingualt.

Det er væsentligt at betrygge den unge patient i, at abstinenserne vil blive dækket, og at der er tilstrækkelig tid til at justere helt præcist ind på den rette dosis. Det kan være hensigtsmæssigt at give let forhøjede doser de første dage og derefter gå lidt ned i dosis med henblik på at ramme patientens behov.

De unge kan have svært ved at mærke sig selv og deres dosis behov. Der er ofte brug for flere dage til at justere dosis, før slutdosis er fundet.

Eksempel 1

Den unge har et dagligt forbrug af 800 mg tramadol, som det ikke er muligt at ophøre med.

Omregnet til buprenorphin, svarer dosis af tramadol til ca. 3-4 mg buprenorphin sublingualt.

Behandlingen starter med 0,4 mg – 2 mg buprenorphin sublingualt og trappes op med refrakte doser hver 1-2 timer á 0,2 – 0,4 mg resoribletter indtil fravær af abstinenser, svarende til COWS under 5.

Den forventede kumulerede dosis vil være ca. 4 mg buprenorphin sublingualt, som herefter gives som én daglig dosis.

Eksempel 2

Den unge har et dagligt forbrug af 300 mg oxycodon, som det ikke er muligt at ophøre med.

Iværksættelse af substitutionsbehandling afventer abstinensstilstand sv.t. COWS på mindst 11.

Der gives 2 mg buprenorphin-naloxon sublingualt og trappes op hver 1-2 timer med refrakte doser á 2 mg buprenorphin-naloxon, indtil fravær af abstinenser, svarende til COWS under 5.

Der kan medgives 2 mg buprenorphin-naloxon til selvadministration i tilfælde af abstinensgennembrud.

Den følgende dag gives den kumulerede dosis fra dag 1 som én samlet dosis sublingualt.

Ud fra klinisk erfaring vil dosisbehovet forventeligt være i omegnen af 8 mg buprenorphin-naloxon sublingualt.

Der kan være individuelle forskelle på det endelige dosisbehov.

Mikrodosering

Hvis patienten har et større forbrug af opioider og ikke vurderes at kunne tolerere en abstinensfase, som er nødvendig for at forebygge risikoen for udvikling af præcipiterede abstinenser, kan metoden mikrodosering anvendes.

Princippet i mikrodosering er, at patienten fortsætter med at indtage den fulde opioidagonist, mens man langsomt optitrerer buprenorphin over flere dage, startende på meget lav dosis, indtil der er sikkerhed for at indtaget af fuld opioidagonist kan ophøre uden risiko for abstinenser.

Der foreligger endnu ikke evidens for startdosis, varighed af mikrodoseringsfasen eller af slutdosis, men efterhånden mange casebaserede beskrivelser af fremgangsmåden. Fremgangsmåden gælder for voksne, men klinisk erfaring tyder på, at princippet vil være tilsvarende for unge.

Nedenstående tabel 4 viser vejledende doser og periode for mikrodosering⁴⁸:

| Dag | Sublingual buprenorphin +/- naloxon døgndosis | Andet opioid (f.eks. methadon) |
|--------|---|--------------------------------|
| Dag 1 | 0,2 mg | Uændret dosis |
| Dag 2 | 0,4 mg | Uændret dosis |
| Dag 3 | 0,6 mg | Uændret dosis |
| Dag 4 | 0,8 mg | Uændret dosis |
| Dag 5 | 1,2 mg | Uændret dosis |
| Dag 6 | 1,6 mg | Uændret dosis |
| Dag 7 | 2,0 mg | Uændret dosis |
| Dag 8 | 2,8 mg | Uændret dosis |
| Dag 9 | 3,6 mg | Uændret dosis |
| Dag 10 | 4,4 mg | Uændret dosis |
| Dag 11 | 5,2 mg | Uændret dosis |
| Dag 12 | 6,4 mg | Uændret dosis |
| Dag 13 | 8,0 mg | Uændret dosis |
| Dag 14 | 10 mg | Uændret dosis |
| Dag 15 | 12 mg | Halv dosis eller seponer |
| Dag 16 | 12 mg | Seponer |

Herefter individuel dosisreduktion eller dosisøgning til passende individuelt niveau.

Tabel 4. Eksempel på optitrering af buprenorphin med henblik på umiddelbar seponering af andet opioid med fuld agonistvirkning

Intervaldosering

I de tilfælde, hvor der er opnået tilfredsstillende stabilisering og døgndosis buprenorfin sublingualt ikke overstiger 12 mg, kan tiden mellem administrationerne øges til to døgn. Det vil sige at patienten hver anden dag skifter mellem at indtage den dobbelte døgndosis buprenorfin og ikke indtage buprenorfin.

Eksempel:

Patienten er stabiliseret på 4 mg buprenorfin sublingualt dagligt og overgår til at indtage 8 mg buprenorfin hver anden dag.

I nogle tilfælde er det muligt at forlænge intervallerne mellem medicinindtagelse til tre døgn.

Præparatskift

Skift fra sublingual buprenorfin til subkutan depot-buprenorfin

Buprenorfin som subkutan depotinjektion kan anvendes i situationer, hvor behandling med sublingual buprenorfin er afprøvet over tid og ikke findes at være tilstrækkelig til at patienten kan opnå en stabil dosering og tilsvarende stabilitet i den medicinske behandling, og hvor det ikke har været muligt eller relevant at trappe ud af substitutionsbehandlingen.

I omstillingen fra sublingual buprenorfin til depotinjektion tages der udgangspunkt i tabelværdier for ækvipotente doser. Se tabel 5.

Skift fra sublingual buprenorfin til methadon

Hvis rusmiddeltilstanden og afhængigheden ikke kan behandles tilstrækkeligt med buprenorfin sublingualt, og der undtagelsesvis findes indikation for at omlægge behandlingen til methadon, kan anvendes plan for dosering som angivet i tabel 6.

Skift fra subkutan depot-buprenorfin til methadon

Ved skift fra buprenorfin subkutan depotinjektion til methadon gives tablet methadon 30 mg dgl. i 5-9 dage efter sidste dosis af ugentlig depotinjektion, hhv. 3-5 uger efter sidste dosis af månedlig depotinjektion, og optrapningen foretages som beskrevet i tabel 6, men med start på dosistrin 30 mg metadon daglig.

| Daglig dosis sublingual buprenorfin | Ved skift til ugentlig dosis buprenorfin depotinjektion | Ved skift til månedlig dosis buprenorfin depotinjektion |
|-------------------------------------|---|---|
| 2-6 mg | 8 mg | - |
| 8-10 mg | 16 mg | 64 mg |
| 12-16 mg | 24 mg | 96 mg |
| 18-24 mg | 32 mg | 128 mg |
| 26-32 mg | - | 160 mg |

Tabel 5. Dosering ved konvertering fra daglig sublingual buprenorfin til ugentlig injektions-depotbehandling, respektive fra ugentlig til månedlig injektions depotbehandling.

| Dag | Substitutionslægemiddel og dosis | Observationstid efter indtagelse (forlænges hvis der forekommer sedation eller andre bivirkninger) |
|-----------|---|---|
| Dag 1 | Buprenorphin 16 mg sublingualt (eller anden stabil dosis) | 5 minutter |
| Dag 2 | Buprenorphin 8 mg sublingualt (eller lavere) | 5 minutter |
| Dag 3-4 | Methadon 30 mg | Mindst 1 time |
| Dag 5-6 | Methadon 40 mg | Mindst 1 time |
| Dag 7-9 | Methadon 50 mg | Mindst 1 time |
| Dag 10-12 | Methadon 60 mg | Mindst 1 time |
| Dag 13-15 | Methadon 70 mg | Mindst 1 time |
| Dag 16 | Methadon 80 mg | Mindst 1 time |

Hvis patienten oplever tilstrækkelig virkning ved lavere dosis methadon end 80 mg, eller hvis patienten fremstår objektivt sederet, afsluttes optrapningen. Hvis patienten ikke oplever tilstrækkelig virkning af 80 mg methadon, kan yderligere dosisøgning vurderes efter 1-2 uger med stabil dosering på 80 mg methadon daglig.

Tablet 6. Dosering ved skift fra sublingual buprenorphin til peroral methadon.

Dosisjustering

Symptomer på for høj dosis af substitutionsmedicin kan være sedation, mild eufori, lavt blodtryk, forstemthed, kløe og evt. respirationsdepression.

Forudsat at substitutionspræparatet indtages som ordineret, vil symptomer på for høj dosis som regel være mest fremtrædende ved maksimal serumkoncentration, som er 1-2 timer efter indtagelse af buprenorphin sublingualt. Ved tegn på overdosering reduceres dosis straks og indlæggelse overvejes.

Symptomer på for lav dosis substitutionsmedicin kan være opioidabstinenser og stærk lyst eller følelse af trang til at indtage opioider.

Forudsat at substitutionspræparatet er indtaget som ordineret, vil symptomer på abstinens almindeligvis øges, jo nærmere man kommer på tidspunktet for ny indtagelse, fordi det er der, at koncentrationen af lægemidlet i blodet er lavest.

Udtrapning

- Udtrapning skal foregå kontrolleret og med regelmæssig opfølgning.

Ifølge klinisk erfaring og brugererfaring fra voksne er risikoen for tilbagefald særlig stor, hvis patienten trapper ned på egen hånd uden planmæssig opfølgning og behandling.

Ved ønske om ophør af substitutionsbehandling bør dette altid ske efter en udtrapningplan og ikke ved umiddelbar seponering.

Når stabilisering er opnået og hvis patient og læge er enige i en nedskalering af behandlingsindsatsen, støtter evidensen en frivillig, længerevarende og gradvis udtrapning, hvor dosis-reduktionerne sker hver-hver anden måned over en periode på mange måneder⁴⁷. Det er uklart, om det også gælder de unge med kort anamnese og begrænset afhængighed, f.eks. ved brug af tramadol, hvor den unge må forventes at kunne trappe ud over kortere tid.

Intervaller mellem dosisreduktionerne bør være minimum 2 uger.

Hvis plaster buprenorphin anvendes, kan styrken 30 mkgr/time påsættes samme dag som sidste dosis sublingual buprenorphin på 2 mg. Plasteret skiftes hver 7. dag og der anvendes faldende styrker af plaster.

Plasterskift bør ske af sundhedsperson. Ydermere bør der udvises opmærksomhed ved plasterbehandling⁴⁹, herunder påse at plaster fjernes ved påsætning af nyt.

Ifølge den norske substitutionsvejledning⁴⁷, som henviser til australske retningslinjer for behandling med buprenorphin depotinjektion⁵⁰, foreligger der ikke (2024) publikationer om nedtrapning fra buprenorphin depotinjektion. Ved ønske om nedtrapning hos patienter, der er i behandling med buprenorphin depotinjektion, foreslås at reducere depotdoserne gradvist og ved laveste dosis skifte til buprenorphin sublinguale resoribletter, for så at trappe ned som anbefalet ovenfor.

En udtrapning af opioider vil i vekslende grad ledsages af abstinenssymptomer. Udtrapningstempoet influerer på graden af abstinenser, men man kan ikke forvente at udtrapning kan foregå uden en vis grad af ubehag, hvilket den unge bør informeres om. Den unge bør tilsvarende støttes tværfagligt i håndtering af abstinenserne.

Opioid-abstinenssymptomer har et vist overlap med flere psykiske lidelser, som f.eks. angst og depression, og med smerter. Hvis opblussen af underliggende symptomer fejlagtigt tolkes som abstinenssymptomer, kan det vanskeliggøre udtrapning.

Tolerancen og de fysiske abstinenssymptomer aftager relativt hurtigt, i løbet af dage-uger, efter ophør med opioidindtagelse. Derimod kan trangen til at indtage opioider vare ved i lang tid, nogle gange mange måneder. Dette misforhold mellem tolerance og trang har klinisk betydning i forhold til risikoen for overdosis ved eventuelt tilbagefald og er noget, som patienten skal informeres om.

| Vedligeholdelsesdosis af buprenorphin sublingualt | Størrelse på hver dosisreduktion sublingualt | Kommentar |
|---|--|---|
| ≥ 12 mg | 2-4 mg | |
| 4-12 mg | 2 mg | Jo lavere vedligeholdelsesdosis, jo mere krævende kan det være for patienten at reducere med 2 mg ad gangen |
| ≤ 4 mg | < 2 mg | Særlig krævende fase for patienten. Vurder behov for: <ul style="list-style-type: none"> • Forlænget tidsinterval mellem reduktionerne • Resoribletter på 0,2 eller 0,4 mg (off-label) • Plaster med styrke mellem 5 og 30 mkgr/time (off-label) • Behandling i døgn-regi |

Tablet 7. Forslag til ned-/udtrækning af buprenorphin⁴⁷.

Pauser i substitutionsbehandling

Pause i behandling med sublingual buprenorphin

| Buprenorphin resoriblet | Har ikke indtaget fuld opioidagonist i pausen | Har indtaget fuld opioidagonist i pausen |
|-------------------------|---|---|
| Udeblevet 1 dag | 100 % dosis | 100 % dosis |
| Udeblevet 2 dage | 100 % dosis | 100 % dosis |
| Udeblevet 3 dage | 100 % dosis | 100 % dosis |
| Udeblevet 4 dage | 100 % dosis | Risiko for præcipiterede abstinenser → 1) Testdosis af buprenorphin 2) Optitrering, individuel plan |
| Udeblevet 5 dage | 100 % dosis | Risiko for præcipiterede abstinenser → 1) Testdosis af buprenorphin 2) Optitrering, individuel plan |
| Udeblevet ≥ 6 dage | Optitrering, individuel plan | Risiko for præcipiterede abstinenser → 1) Testdosis af buprenorphin 2) Optitrering, individuel plan |

Tabel 8. Håndtering af pause i behandlingen med sublingual buprenorphin.

Ved udeblivelser fra den medicinske behandling⁵, bør det afklares, om der har været brug af fulde opioidagonister siden sidste indtagelse af buprenorphin. I så fald kan der udløses præcipiterede abstinenser ved genoptagelse af buprenorphin. For at forebygge akutte præcipiterede abstinenser, bør genoptagelse ske med lav dosis, "testdosis". Testdosis tager udgangspunkt i forudgående dosisniveau af buprenorphin og vil typisk være fra 0,4-2 mg sublingualt hos unge.

Eksempel:

Hvis den forudgående dosis buprenorphin var 8 mg sublingualt, kan der anvendes en testdosis på 2 mg buprenorphin. Hvis der er tale om 2 mg buprenorphin sublingualt før pausen, kan der gives 0,4 mg buprenorphin som testdosis.

Pause i behandling med subkutan depot-buprenorphin

| Ugentlig subkutan depot-buprenorphin | |
|--|---|
| Udeblevet 1 dag (8 dage siden sidste injektion) | 100 % dosis |
| Udeblevet 2 dage (9 dage siden sidste injektion) | 100 % dosis |
| Udeblevet \geq 3 dage | Genoptagelse via sublingual buprenorphin, som omlægges til depot ud fra konkret vurdering |
| Månedlig subkutan depot-buprenorphin | |
| Udeblevet < 1 uge (< 35 dage siden sidste depotinjektion) | 100 % |
| Udeblevet > 1 uge (> 35 dage siden sidste depotinjektion) | Genoptagelse via sublingual buprenorphin, som omlægges til depot ud fra konkret vurdering |

Table 9. Håndtering af pause i behandlingen med subkutan depot-buprenorphin ⁴⁷.

Pause i behandling med methadon

| Methadondoser efter udeblivelse | |
|---------------------------------|-----------------------------|
| Udeblevet 1 dag | 100 % dosis |
| Udeblevet 2 dage | 100 % dosis |
| Udeblevet 3 dage | 100 % dosis |
| Udeblevet 4 dage | 50 % dosis. Næste dag 100 % |
| Udeblevet \geq 5 dage | Trappes op forfra |

Table 10. Håndtering af pause i behandlingen med methadon ⁵.

Blandingsmisbrug

- Rusmiddelbehandlingen bør tage højde for den samlede rusmiddelprofil og derfor bør lægen også forholde sig til et eventuelt samtidigt misbrug og afhængighed af benzodiazepin.

Det forekommer, at unge med misbrug af illegale opioider også har et misbrug af andre stoffer, alkohol eller medicin, f.eks. benzodiazepiner eller pregabalin.

Hvis unge med problematisk brug og afhængighed af både opioider og f.eks. benzodiazepin ikke imødekommes i deres samlede behandlingsbehov, kan det lede til at de fravælger behandlingstilbuddet og dermed ikke modtager den behandling, de har behov for.

Der er ikke dokumentation for terapeutisk effekt af benzodiazepiner hos personer med rusmiddelproblemer, men derimod for en sammenhæng mellem benzodiazepin og reduceret psykomotorisk og kognitiv funktion, ligesom der er dokumentation for, at samtidig brug af benzodiazepin og opioid øger risikoen for overdosis³⁸.

Når dosis af substitutionsmedicin er indstillet, revurderes indikationen for nedtrapning af benzodiazepin. En del patienter vil på det tidspunkt, af sig selv, have reduceret deres benzodiazepin brug. Hvis misbruget af benzodiazepiner fortsætter, skal baggrunden for det fortsatte brug tages med i den videre behandlingsplanlægning, f.eks. ved at en underliggende angst søges behandlet på mere hensigtsmæssig måde.

Generelt frarådes ordination af benzodiazepin til patienter i substitutionsbehandling og benzodiazepiner bør ikke ordineres til unge sammen med opioider medmindre der er tale om en dokumenteret udtrapning. Udtrapningen sker med et langtidsvirkende benzodiazepin og indledes med en stabiliseringsfase, som efterfølges af en individuelt tilrettelagt udtrapning.

Det er væsentligt at den unge modtager tæt tværfaglig støtte i udtrapningsfasen og i tiden derefter.

Behov for forskning og dataindsamling

Evidensgrundlaget for den medicinske behandling af børn og unge med skadeligt brug og afhængighed af opioider er generelt lavt, og anbefalingerne hviler overvejende på ekstrapolering fra undersøgelsesresultater fra voksne samt på erfaringsgrundlag og teoretiske overvejelser. Samtidig er der tale om behandling af mindreårige med lægemidler, som i sig selv er afhængighedsskabende og potentielt risikofyldte, og hvoraf nogle allerede nu anvendes systematisk gennem off-label ordination.

Indtil en eventuel udvidelse af de nedre aldersgrænser for anvendelse af substitutionsmedicin til behandling af børn og unge burde området – ud fra et forsigtighedsprincip – følges tæt som led i kontrol af behandlingens kvalitet, jf. Indenrigs- og Sundhedsministeriets vejledning om indførelse af nye behandlinger i sundhedsvæsenet⁵¹.

Det kunne ske ved etablering af en klinisk database, med indberetningspligt for alle læger, der behandler børn og unge med substitutionsmedicin. Kvalitetskontrollen bør bygge på målbare standarder for kvalitet, i form af resultat- og komplikationsparametre, opfølgning af de enkelte patienter, hvor de valgte kvalitetsmål afspejles og en systematik for dataregistrering, som muliggør evaluering af resultater for hele gruppen af patienter.

Spørgsmål, der med fordel kan søges svar på, er bl.a. anbefalede doser, indikationsstilling af substitutionsbehandling ved forholdsvis lavt forbrug af opioider, behandlingsvarighed, depotbuprenorphins plads i behandlingen samt outcome på længere sigt.

Regeringsprogrammet *Ungdom uden opioider* omfatter et nationalt kompetencecenter, som skal indsamle og formidle viden om substitutionsbehandling til blandt andet børn og unge. Det ville være oplagt at give kompetencecentret en central rolle i forbindelse med opbygning og nyttiggørelse af en sådan klinisk database.

Litteraturliste

1. *Ungdom uden opioider*, Regeringen, 2024
2. *Treatment of Use disorder for Youth*. Guideline Supplement, British Columbia Centre on Substance Use, B.C. Ministry of Health, & B.C. Ministry of Mental Health and Addictions. 2018
3. *Clinical Practice Guideline: CRISM National Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder*. Canadian Research Initiative in Substance Misuse. 2018
4. *Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder*. British Columbia Centre on Substance Use, B.C. Ministry of Mental Health and Addictions. 2018
5. *A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder*. British Columbia Centre on Substance Use, B.C. Ministry of Mental Health and Addictions, 2023 Update
6. I. Yakovenko, Y. Mukaneza et al. *Management of opioid use disorder: 2024 update to the national clinical practice guideline*. Canadian Research Initiative in Substance Matters guideline development team. CMAJ. November 2024
7. *Update to national guideline of the Canadian Research Initiative in Substance Matters for the Clinical Management of Opioid Use Disorder*. Appendix 1. CRISM. 2024.
8. *Unge og Opioider. Danske unges veje ind i og ud af brug og afhængighed*. E. Houborg, M. Nygaard-Christensen og B. Thylstrup. Center for Rusmiddelforskning. November 2024.
9. M. Lamblin, C. Murawski et al. *Social connectedness, mental health and the adolescent brain*. *Neuroscience & Biobehavioral Reviews*. Volume 80. 2017
10. R. A. Chambers, J. R. Taylor et al. *Developmental Neurocircuitry of Motivation in Adolescence: A critical Period of Addiction Vulnerability*. Author Manuscript. Am J Psychiatry. 2003
11. K. Arve. *You get stuck in it: Young people's accounts of attempting to quit non-medical tramadol use*. Nordic Studies on Alcohol and Drugs. 2023
12. Z. Schuman-Olivier, R. D. Weiss et al. *Emerging adult age status predicts poor buprenorphine treatment retention*. *Journal of Substance Abuse Treatment*. 2014
13. L. Rodriguez, J. A. Smith. *Finding Your Own Place: An Interpretative Phenomenological Analysis of Young Men's Experience of Early Recovery from Addiction*. *Int J Ment Health Addiction*. 2014
14. E. A. Herrnsdorf, A. Holmstedt, A. Håkansson. *Tramadol misuse in treatment-seeking adolescents and young adults with problematic substance use - prediction of treatment retention*. *Addictive Behaviors Reports*. 2022
15. R. Wightman, J. Perrone et al. *Likeability and Abuse Liability of Commonly Prescribed Opioids*. *J. Med. Toxicol*. 2012
16. *Sundhedsfaglig vurdering af skadevirkning og farlighed af euforiserende stoffer. Konsensusvurdering*. Institut for Retsmedicin Aarhus Universitet, Retsmedicinsk Institut Odense Universitet, Retsmedicinsk Institut Københavns Universitet. 23. juni 2023
17. *Vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin*. Sundhedsstyrelsen. 2017
18. *Lov om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed*, LBK nr. 1008 af 29/08/2024
19. *Nationale retningslinjer for social stofmisbrugsbehandling*. Social- og Boligstyrelsen. 2020
20. *Anbefalinger for transition fra børne- og ungeområdet til voksenområdet i sygehusregi*. Sundhedsstyrelsen. 2020
21. *Værdighedsreform*. Regeringsudspil. Social- og Boligministeriet. Maj 2025
22. *Drug Use Disorders Identification Test (DUDIT)* | https://euda.europa.eu/drugs-library/drug-use-disorders-identification-test-dudit_da
23. L. A. Basedow, S. Kuitunen-Paul et al. *Diagnostic Accuracy of the Drug Use Disorder Identification Test and Its Short Form, the DUDIT-C, in German Adolescent Psychiatric Patients*. *Front psychol*. 2021
24. *Målgruppeanalyse af unges brug af illegale opioider og benzodiazepiner i København*.

Et samfinansieret projekt mellem Københavns Universitets Kriminologiske Observatorium og Sundheds- og Omsorgsforvaltningen, Københavns Kommune. Juni 2024

25. K. A. Boisen, L. V. Denning, G. Teilmann. *Livsstilssamtalen med unge, HEADS-anamnesen som model i almen praksis*. Månedsskrift for Almen Praksis. 2014
26. *Retningslinje for misbrugsanalysering for klinisk biokemiske laboratorier, version 2*. Dansk Selskab for Klinisk Biokemi, DSKB. 2022.
27. *European Guidelines for Workplace Drug Testing in Urine, version 3*. European Workplace Drug Testing Society. 2022.
28. G. Plæhn, T. Fuglsang et al. *Adverse effects from counterfeit and mislabeled medicine containing tapentadol and carisoprodol*. Clinical Case Reports. 2024.
29. *Supplement til Vejledning til læger der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsbehandling. Afsnit 11.14 Forebyggelse af overdosisdødsfald med Naloxon*. Sundhedsstyrelsen. 2018
30. *Lov om social service, §141*
31. P. B. Christensen, E. Hammerby et al. *Mortality among Danish drug users released from prison*. International Journal of Prisoner Health. 2006
32. P. A. Andersen, A. H. Thomsen et al. *Exploring death scenes and circumstances in fatal opioid poisonings: Insights for preventive strategies using forensic autopsy cases in Western Denmark*. Forensic Science International. 2024
33. Antidote Danmark. <https://antidote.dk/>
34. *Udlevering af sterilt injektionsudstyr til personer med et IV-stofbrug*. Inspirationskatalog. Sundhedsstyrelsen. 2019
35. Brugernes Akademi. <https://brugernesakademi.dk/>
36. M. U. Pedersen, M. M. Pedersen et al. *Hvem er de unge der kommer i behandling for deres brug af opioider, og hvilken effekt har behandlingen*. Center for Rusmiddelforskning. 2024
37. *Visitation til integreret behandling af mennesker med psykisk lidelse og samtidig rusmiddelproblematik*. Faglig visitationsretningslinje. Sundhedsstyrelsen. 2023
38. H. Waal, J. Mørland. *Rus og avhengighet*. Universitetsforlaget. Oslo. 2024.
39. D. R. Wesson, W. Ling. *The Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS)*. J Psychoact Drugs. 2003
40. L. Handelsman, K. J. Cochrane, M. J. Aronson, R. Ness, K. J. Rubinstein, P. D. Kanof. *Two New Rating Scales for Opiate Withdrawal*. Am J Drug Alcohol Abuse. 1987
41. L. A. Marsch, S. K. Moore et al. *A Randomized Controlled Trial of Buprenorphine Taper Duration Among Opioid-Dependent Adolescents and Young Adults*. Addiction. 2016
42. G. E. Woody, S. A. Poole et al. *Extended vs Short-term Buprenorphine-Naloxone for Treatment of Opioid-Addicted Youth*. JAMA. 2008
43. *Risikosituationslægemidler*. Styrelsen for Patientsikkerhed. En guide til sikker medicinbehandling. 2021
44. A. Steentoft, B. Kringsholm et al. *Forgiftningsdødsfald blandt narkomaner i Danmark i 2002*. Ugeskrift for læger. 2005
45. *Advarsler om farlige stoffer. Sundhedsstyrelsen advarer om farlige nitazener i falske OxyContin blisterpakker*. 28. maj 2025. <https://www.sst.dk/da/Fagperson/Forebyggelse-og-tvaergaaende-indsatser/Stoffer/Advarsler-om-farlige-stoffer>
46. P. Hjelmstrøm, E. B. Nordbeck et al. *Optimal dose of buprenorphine in opioid use disorder treatment: a review of pharmacodynamic and efficacy data*. Drug Development and Industrial Pharmacy. 2020
47. *Legemiddelassisteret rehabilitering (LAR) ved opioidafhængighed, Nasjonal faglig retningslinje*, Helsedirektoratet Norge, 2024
48. *Substitutionsbehandling – med særligt fokus på patienter med dobbeltdiagnose*. DMPG.dk. 2024
49. P. S. Esbech, P. Knudsen et al. *Vær opmærksom på vanskelighederne knyttet til brugen af medicinske plaster*. Rationel Farmakoterapi. Sundhedsstyrelsen. 2020
50. *Interim Brief Clinical guidelines for use of depot buprenorphine (Buvidal® and Sublocade®)*

- in the treatment of opioid dependence.*
For South Australian Community MATOD prescribers. NSW Guideline. 2020
51. *Vejledning om indførelse af nye behandlinger i sundhedsvæsenet.*
Indenrigs- og Sundhedsministeriet. 1999
 52. J. Højsted et al. *Strategier til at undgå afhængighed ved smertebehandling.*
Ugeskrift for Læger. 2017
 53. *Færre får opioider på recept, meddelelse fra Sundhedsdatastyrelsen. November 2024.*
<https://sundhedsdatastyrelsen.dk/nyheder/2024/faerre-faar-opioider-paa-recept>
 54. *Afghanistan opium survey 2023.*
UNODC, United Nations Office on Drugs and Crime. 2023
 55. *Stærke fentanyl-analoger koster dødsfald i misbrugsmiljøet.* Sundhedsstyrelsen. 2018.
https://www.sst.dk/-/media/Udgivelser/2018/Fentanyl-analoger/Sundhedsstyrelsens-advarer-om-fentanyl-analoger.ashx?sc_lang=da&hash=B91437E753DB57C3EB3B39581A7509F7
 56. *European Drug Report 2025: Trends and Developments EUDA,*
European Union Drug Agency. 2025
 57. *Udvikling i rusmiddelproblemer i Danmark (URD), 2021-24.*
Center for Rusmiddelforskning. 2025
 58. *Faglig ramme for det kommunale behandlingstilbud til børn og unge i psykisk mistrivsel.*
Sundhedsstyrelsen. 2023

Bilag 1 | COWS - Clinical Opiate Withdrawal Scale

| Clinical Opiate Withdrawal Scale, COWS | | | |
|--|---|--|---|
| 1 | Hvilepuls | ≤ 80 | 0 |
| | | 81-100 | 1 |
| | | 101-120 | 2 |
| | | >120 | 4 |
| 2 | Svedeture (de sidste 30 minutter) | Ingen kulderystelser eller rødmen | 0 |
| | | Patienten beskriver kulderystelser eller rødmen | 1 |
| | | Rødmen eller synlig fugt i ansigtet | 2 |
| | | Svedperler i øjenbryn eller ansigtet | 3 |
| | | Sveden løber ned over ansigtet | 4 |
| 3 | Uro/rastløshed | Kan sidde stille | 0 |
| | | Patienten siger, det er svært, men ikke umuligt at sidde stille | 1 |
| | | Hyppige skiftende eller umotiverede bevægelser af arme eller ben | 3 |
| | | Kan ikke sidde stille mere end få sekunder | 5 |
| 4 | Tremor | Ingen tremor | 0 |
| | | Tremor kan føles, men ikke observeres | 1 |
| | | Synlig tremor | 2 |
| | | Udtalt tremor eller muskeltrækninger | 4 |
| 5 | Pupilstørrelse | Pupiller er sammentrukne eller har normal størrelse for aktuel belysning | 0 |
| | | Pupiller er muligvis større end normalt for aktuel belysning | 1 |
| | | Pupiller er moderat dilaterede | 2 |
| | | Pupiller er så dilaterede, at kun iris-kanten kan ses | 5 |
| 6 | Mave-tarm systemet (de sidste 30 minutter) | Ingen mave-tarm-symptomer | 0 |
| | | Mavesmerter | 1 |
| | | Kvalme eller løs afføring | 2 |
| | | Opkastning eller diarré | 4 |
| | | Mange episoder med opkastning eller diarré | 5 |
| 7 | Ængstelse eller irritabilitet | Ingen | 0 |
| | | Patienten rapporterer om tiltagende irritabilitet eller ængstelse | 1 |
| | | Patienten er tydelig irriteret/ængstelig | 2 |

Bilag 1 | COWS - Clinical Opiate Withdrawal Scale – fortsat

| | | | |
|----------------------|---|---|----------|
| 8 | Knogle- eller ledsmerter (ved kroniske smerter vurderes kun nytilkomne smerter) | Ingen smerter | 0 |
| | | Mildt diffust ubehag | 1 |
| | | Patienten rapporterer om stærke, diffuse led/muskel-smerter | 2 |
| | | Patienten masserer led eller muskler og kan ikke sidde stille pga. ubehag | 4 |
| 9 | Gaben | Ingen gaben | 0 |
| | | Gaben en eller to gange under vurderingen | 1 |
| | | Gaben tre gange eller mere under vurderingen | 2 |
| | | Gaben flere gange/minut | 4 |
| 10 | Løbende næse eller tåreflåd (som ikke kan tilskrives forkølelse eller allergi) | Ingen løbende næse eller tåreflåd | 0 |
| | | Stoppet næse eller usædvanligt fugtige øjne | 1 |
| | | Løbende næse eller tåreflåd | 2 |
| | | Markant løbende næse eller tårer der løber ned ad kinderne | 4 |
| 11 | Gåsehud | Huden er glat | 0 |
| | | Gåsehud kan føles eller hårene på armene har rejst sig | 3 |
| | | Markant gåsehud | 5 |
| Samlet score | | | |
| Score 5-12 | | mild opioid-abstinensstilstand | |
| Score 13-24 | | moderat opioid-abstinensstilstand | |
| Score 25-36 | | middelsvær opioid-abstinensstilstand | |
| Score > 36 | | svær opioid-abstinensstilstand | |

Tabel 11. COWS-scoreskema³⁹

Bilag 2 | SOWS - Subjective Opiate Withdrawal Scale

| Subjective Opiate Withdrawal Scale, SOWS | | | | | |
|---|------------------|-------------------|---------------------|---------------------|--------------------|
| Patientens egen vurdering af sine symptomer | | | | | |
| Sæt kryds ud for hver af de 16 udsagn, svarende til hvordan du har det <i>lige nu</i> | | | | | |
| | Nej 0 | Lidt 1 | Middel 2 | En del 3 | Meget 4 |
| Jeg er urolig | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Jeg har lyst til at gabe | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Jeg sveder | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Mine øjne løber i vand | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Min næse løber | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Jeg har gåsehud | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Jeg ryster | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Jeg får hestigninger | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Jeg har kulderystelser | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Jeg har muskelsmerter | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Jeg er rastløs | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Jeg har kvalme | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Jeg skal kast op | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Jeg har muskeltrækninger | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Jeg har mavekramper | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Jeg har stoftrang | 0 | 1 | 2 | 3 | 4 |
| Samlet SOWS-score | | | | | |


Tabel 12. SOWS-scoreskema⁴⁰

Bilag 3 | DUDIT - Drug Use Disorders Identification Test

DUDIT

Drug Use Disorders Identification Test

Her er et antal spørgsmål om stoffer. Vi er taknemmelige hvis du svarer så nøjagtigt og ærligt som muligt ved at markere det alternativ, der gælder for dig.

| | | | | | | |
|---|------------------------------------|---|--|--|---|--|
|  | <input type="checkbox"/> Mand | <input type="checkbox"/> Kvinde | Alder <input type="text"/> | | | |
| 1. Hvor ofte anvender du andre stoffer end alkohol? (Se listen over stoffer på bagsiden.) | Aldrig <input type="checkbox"/> | Én gang om måneden eller sjældnere <input type="checkbox"/> | 2-4 gange om måneden <input type="checkbox"/> | 2-3 gange om ugen <input type="checkbox"/> | 4 gange eller mere om ugen <input type="checkbox"/> | |
| 2. Anvender du mere end et stof ved samme lejlighed? | Aldrig <input type="checkbox"/> | Én gang om måneden eller sjældnere <input type="checkbox"/> | 2-4 gange om måneden <input type="checkbox"/> | 2-3 gange om ugen <input type="checkbox"/> | 4 gange eller mere om ugen <input type="checkbox"/> | |
| 3. Hvor mange gange i løbet af en typisk dag tager du stoffer, når du anvender stoffer? | | 0 <input type="checkbox"/> | 1 - 2 <input type="checkbox"/> | 3 - 4 <input type="checkbox"/> | 5 - 6 <input type="checkbox"/> | 7 eller mere <input type="checkbox"/> |
| 4. Hvor ofte bliver du kraftig påvirket af stoffer? | Aldrig <input type="checkbox"/> | Sjældnere end én gang om måneden <input type="checkbox"/> | Hver måned <input type="checkbox"/> | Hver uge <input type="checkbox"/> | Dagligt eller næsten hver dag <input type="checkbox"/> | |
| 5. Har du det sidste år oplevet at din længsel efter stoffer har været så stor at du ikke kunne stå imod? | Aldrig <input type="checkbox"/> | Sjældnere end én gang om måneden <input type="checkbox"/> | Hver måned <input type="checkbox"/> | Hver uge <input type="checkbox"/> | Dagligt eller næsten hver dag <input type="checkbox"/> | |
| 6. Hvor ofte i løbet af det sidste år er det sket, at du ikke kunne stoppe med at tage stoffer når først du er begyndt? | Aldrig <input type="checkbox"/> | Sjældnere end én gang om måneden <input type="checkbox"/> | Hver måned <input type="checkbox"/> | Hver uge <input type="checkbox"/> | Dagligt eller næsten hver dag <input type="checkbox"/> | |
| 7. Hvor ofte i løbet af det sidste år har du taget stoffer og så ladet være med at gøre noget som du burde have gjort? | Aldrig <input type="checkbox"/> | Sjældnere end én gang om måneden <input type="checkbox"/> | Hver måned <input type="checkbox"/> | Hver uge <input type="checkbox"/> | Dagligt eller næsten hver dag <input type="checkbox"/> | |
| 8. Hvor ofte i løbet af det sidste år har du haft behov for at tage nogen form for stof om morgenen efter et stort stofindtag dagen inden? | Aldrig <input type="checkbox"/> | Sjældnere end én gang om måneden <input type="checkbox"/> | Hver måned <input type="checkbox"/> | Hver uge <input type="checkbox"/> | Dagligt eller næsten hver dag <input type="checkbox"/> | |
| 9. Hvor ofte i løbet af det sidste år har du haft skyldsfølelse eller dårlig samvittighed på grund af, at du har anvendt stoffer? | Aldrig <input type="checkbox"/> | Sjældnere end én gang om måneden <input type="checkbox"/> | Hver måned <input type="checkbox"/> | Hver uge <input type="checkbox"/> | Dagligt eller næsten hver dag <input type="checkbox"/> | |
| 10. Er du eller andre kommet til skade (psykisk eller fysisk) på grund af at du har anvendt stoffer? | Nej <input type="checkbox"/> | Ja, men ikke i løbet af det sidste år <input type="checkbox"/> | | Ja, i løbet af det sidste år <input type="checkbox"/> | | |
| 11. Har en slægtning eller ven, læge eller sygeplejerske eller andre været urolige for dit brug af stoffer eller sagt til dig at du bør stoppe med at tage stoffer? | Nej <input type="checkbox"/> | Ja, men ikke i løbet af det sidste år <input type="checkbox"/> | | Ja, i løbet af det sidste år <input type="checkbox"/> | | |

LISTE OVER STOFFER

(OBS! IKKE ALKOHOL)

| Cannabis | Amfetamin | Kokain | Opiater | Hallucinogener | Opløsningsmidler | GHB og andre |
|-----------|------------------|------------|------------|---------------------|------------------|----------------------|
| Marijuana | Methamfetamin | Crack | Heroin | Ecstasy | Fortynder | GHB |
| Hash | Fenmetraline | Freebase | Opium | LSD | Triklorætylen | Anabolske steroider |
| Hasholie | Khat | Koka-blade | Rygeheroin | Mescaline | Benzin | Lattergas |
| | Betelnød | | | Peyote (kaktus) | Gas | Amylnitrit (poppers) |
| | Ritaline | | | PCP, Englestøv | Opløsningsmiddel | Antikolinergika |
| | (Methylphenidat) | | | Psilocybin (svampe) | Lim | (Disipal, Akineton) |
| | Dexamin | | | DMT | | |
| | (Amfetamin) | | | Muskat | | |

TABLETTER - LÆGEMIDLER

Tabletter tæller som stoffer når du tager:

- lægemidler mere eller oftere end lægen har sagt du bør gøre
- tabletter for at have det sjovt, føle velbehag, blive "høj" eller for at prøve deres virkning
- tabletter du har fået fra et familiemedlem eller en ven
- tabletter du har købt på det "sorte marked" eller stjålet

SOVE/BEROLIGENDE MIDLER

| | | |
|---------------|------------|----------|
| Alopam | Lexotan | Risolid |
| Alprazolam | Midazolam | Ronal |
| Alprox | Mogadon | Sonata |
| Apodorm | Nimadorm | Stilnoct |
| Apozepam | Nitrazepam | Stesolid |
| Broman | Noctamide | Tafil |
| Diazepam | Oxabenz | Temesta |
| Dormicum | Oxapax | Trizolam |
| Flunipam | Oxazepam | Valaxona |
| Flunitrazepam | Pacisyn | Valium |
| Frisium | Pronoctan | Zolpidem |
| Halcion | Imoclon | Zonoc |
| Hexalid | Imovane | Zopiclon |
| Klopoxid | Imozop | |

SMERTESTILLENDE

| | | |
|-------------------|------------|-------------|
| Abalgin | Kodimagnyl | Paracetamol |
| Actiq | Kodein | Paratabs |
| Buprenorfin | Kodipar | Perfalgan |
| Bupivacain-morfin | Malfin | Petidin |
| Contalgin | Mandolgin | Pinex |
| Depolan | Matrifin | Pinex comp. |
| Dolol | Metadon | Skopolamin |
| Doltrad | Metracop | Suboxone |
| Doloxene | Morfin | Subutex |
| Durogesic | Nobligan | Tadol |
| Fentanyl | Norspan | Temgesic |
| Fortamol | OxyContin | Tradolan |
| Jurnista | OxyNorm | Tramadol |
| Ketogan | Palladon | Transted |
| Kodamid | Pamol | Vilan |
| | Panodil | |

Tabletter tæller IKKE som stoffer når du har fået dem udskrevet af læge og du tager dem i rette mængde.

Dato 03-05-2024

Sagsnr. 03-0901-693

Bilag til notat om substitutionsbehandling af unge under 18 år med opioidafhængighed

Andre landes guidelines om substitutionsbehandling af unge under 18 år med opioidafhængighed

Sundhedsstyrelsen har ikke endnu nationale anbefalinger om substitutionsbehandling med særligt fokus på behandling af børn og unge med opioidafhængighed. Vi har lavet en søgning efter internationale guidelines om substitutionsbehandling af børn og unge med opioidafhængighed og vurderet kvaliteten af disse i 2023 (se detaljer nedenfor). Af de internationale guidelines, der er fundet via søgningen, har Sundhedsstyrelsen identificeret to guidelines (begge fra Canada fra 2018), som er vurderet relevante. Det vil sige, at disse guidelines overordnet opfylder internationale standarder for gennemsigtighed, høj kvalitet og metodisk stringens. De udvalgte guidelines er "Treatment of Use disorder for Youth. Guideline Supplement" af *British Columbia Centre on Substance Use, B.C. Ministry of Health, & B.C. Ministry of Mental Health and Addictions* fra 2018 og "Clinical Practice Guideline: CRISM National Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder" af *Canadian Research Initiative in Substance Misuse* fra 2018.

For begge internationale guidelines gælder det, at anbefalingerne er udarbejdet på baggrund af undersøgelser, der har personer, der er 18 år eller ældre med. Det kalder man indirekte evidens, som normalt vil betyde, at man vil vurdere evidensen lavere, end hvis undersøgelserne havde været på baggrund af personer, der er yngre end 18 år. Imidlertid er der konsensus i forfattergruppen bag udarbejdelsen af de to guidelines, at anbefalingerne er relevante og anvendelige for børn og unge i alderen 12-17 år.

I begge guidelines anbefales det, at hele spektret af tilgængelige behandlinger overvejes til børn og unge i alderen 12-17 år med opioidafhængighed, herunder buprenorphin, naloxon, methadon, andre farmakologiske behandlinger og non-farmakologiske behandlingstilbud. Psykosociale behandlingsinterventioner og støtte bør rutinemæssigt tilbydes til alle børn og unge med opioidafhængighed.

De anbefaler, at enhver læge, der behandler børn og unge i alderen 12–17 år med moderat til svær opioidafhængighed, bør overveje at tilbyde behandling med buprenorphin evt. i kombination med naloxon, hvor det er indiceret og passende. For personer, der reagerer

dårligt på buprenorfin/naloxon, skal lægen overveje at forsøge med methadonbehandling. Behandling med methadon skal også overvejes, når behandling med buprenorfin/naloxon ikke er den foretrukne løsning. Der anbefales, at læger anvender en individualiseret og trinvis tilgang for at bestemme den optimale dosis for hver patient. *Det skal her pointeres, at Sundhedsstyrelsen ikke anbefaler substitutionsbehandling med methadon til unge under 18 år på grund af et forsigtighedsprincip, som er beskrevet i notatet.*

Da den optimale varighed af substitutionsbehandling af børn/unge er ukendt, har de ingen konkrete anbefalinger om det. For patienter med en vellykket og vedvarende effekt på substitutionsbehandling, som ønsker at seponere, skal lægen overveje en langsom nedtrapning, hvor dosisreduktioner er planlagt til at finde sted månedligt eller hver anden måned over en længere periode (måneder til år afhængigt af patienten).

De pointerer, at hvis administration af farmakoterapi til børn og unge i alderen 12-17 år ligger uden for lægens praksis eller ekspertise, bør de henvises til en læge med erfaring i behandling af unge med afhængighed af opioider.

I begge guidelines pointeres nødvendigheden af, at der udarbejdes undersøgelser, der kan understøtte behandlingseffekten på børn og unge i alderen 12-17 år, da der på nuværende tidspunkt ikke foreligger tilstrækkeligt med evidens om denne aldersgruppe.

I de ekskluderede internationale guidelines anbefales det ligeledes, at børn og unge under 18 år med opioidafhængighed kan behandles med buprenorfin, naloxon og metadon. På grund af disse guidelines begrænsede kvalitet, fremhæves deres anbefalinger ikke yderligere i dette notat.

Søgeprotokol

Søgeprotokol for søgning på behandling med buprenorfin eller metadon for opioidafhængighed hos børn under 15 og 18 år.

Søgespecialist: Birgitte Holm Petersen /EBM

Sidst opdateret: 18. oktober 2023

Der er søgt i database på Medline (søgeresultat: 208 referencer). Desuden er der søgt efter guidelines i Sverige, Norge og i UK på NICE guidelines samt via en Googlesøgning.

De identificerede referencer og guidelines blev screenet, og guidelines indeholdende anbefalinger om substitutionsbehandling af børn/unge under 18 år blev gennemgået og kvalitetsvurderet (se oversigt nedenfor).

Søgestrategi fra Medline:

Database(s): Ovid MEDLINE(R) and Epub Ahead of Print, In-Process, In-Data-Review & Other Non-Indexed Citations, Daily and Versions 1946 to October 16, 2023

| # | Searches | Results |
|---|---|---------|
| 1 | Buprenorphine/ or buprenorphin*.mp. | 10508 |
| 2 | buprenorphine-naloxon*.mp. or Buprenorphine, Naloxone Drug Combination/ | 1183 |
| 3 | Opiate Substitution Treatment/ or opioid agonist treatment*.mp. | 5167 |
| 4 | substitution*.mp. | 232718 |
| 5 | methadon*.mp. | 18964 |

| | | |
|----|---|---------|
| 6 | Opioid-Related Disorders/ or Opioid-Related Disorder*.mp. | 22264 |
| 7 | substitution treatment*.mp. or Opiate Substitution Treatment/ | 5579 |
| 8 | opioid dependence*.mp. | 3365 |
| 9 | or/1-8 | 269146 |
| 10 | Practice Guideline/ or Guideline/ or guideline*.ti,ab,kf. | 505436 |
| 11 | cochrane.jw. | 16577 |
| 12 | Child/ or child*.mp. or adolescent*.mp. or Adolescent/ | 3965886 |
| 13 | 10 or 11 | 520969 |
| 14 | 9 and 12 | 19365 |
| 15 | 13 and 14 | 424 |
| 16 | limit 15 to yr="2018 - 2023" | 208 |

Søgning på institutionernes hjemmeside:

SBU, Sverige – ingen fund

Socialstyrelsen, Sverige – ingen fund

Folkhälsomyndigheten, Sverige – ingen fund

Helsedirektoratet, Norge:

- Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-ved-opioidavhengighet>
- Avrusning fra rusmidler og vanedannende legemidler <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/avrusning-fra-rusmidler-og-vanedannende-legemidler>

Folkehelseinstituttet - FHI, Norge

- Effekt av nedtrapping av metadon eller buprenorfin for personer med opioidavhengighet i legemiddelassistert rehabilitering: systematisk oversikt. [Nedtrapping av buprenorfin eller metadon for gravide i legemiddelassistert rehabilitering \(LAR\)](#)

NICE, UK

- Chronic pain (primary and secondary) in over 16s: assessment of all chronic pain and management of chronic primary pain NICE guideline [NG193] Published: 07 April 2021 <https://www.nice.org.uk/guidance/ng193>

Fundet via Google-søgning

World Health Organization.

- Guidelines on the management of chronic pain in children, WHO, 22 December 2020 <https://www.who.int/publications/i/item/9789240017870>
- Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. 2009 [Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence \(who.int\)](#)

British Columbia

- Treatment of Use disorder for Youth. Guideline Supplement - [OUD-Youth.pdf \(bccsu.ca\)](#)

- A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder 2018 [BC-OUD-Guidelines June2017.pdf \(bccsu.ca\)](https://www.bccsu.ca/BC-OUD-Guidelines_June2017.pdf)

American Society of Addiction Medicine:

- The ASAM National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder 2020 <https://www.asam.org/quality-care/clinical-guidelines/national-practice-guideline>

Canada:

- Clinical Practice Guideline: CRISM National Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder. 2018 <https://crism.ca/projects/opioid-guideline/>
- Opioid Agonist Therapy: A Synthesis of Canadian Guidelines for Treating Opioid Use Disorder 2021. [canadian-opioid-use-disorder-guideline2021-pdf.pdf \(camh.ca\)](https://www.camh.ca/canadian-opioid-use-disorder-guideline2021-pdf.pdf)

New South Wales:

- NSW Clinical Guidelines: Treatment of Opioid Dependence 2018 <https://www.health.nsw.gov.au/aod/Pages/nsw-clinical-guidelines-opioid.aspx>

Kaiser Permanente:

- Opioid Use Disorder Diagnosis and Treatment Guideline 2020 <https://wa.kaiserpermanente.org/static/pdf/public/guidelines/opioid-use-disorder.pdf>

Oversigt over relevante internationale guidelines:

| Guideline | Anbefalinger: | Kvalitetsvurdering af guideline |
|--|--|---|
| <p>British Columbia Centre on Substance Use, B.C. Ministry of Health, & B.C. Ministry of Mental Health and Addictions.</p> <p>A Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder 2018 BC-OUD-Guidelines June2017.pdf (bccsu.ca)</p> <p>Herunder: Treatment of Use disorder for Youth. Guideline Supplement - OUD-Youth.pdf OUY-Youth.pdf (bccsu.ca)</p> | <p>I denne guideline anbefales det, at hele spektret af tilgængelige behandlinger overvejes til unge (12-17 år) med opioidmisbrug, herunder buprenorfin, naloxon, metadon, andre farmakologiske behandlinger, nonfarmakologiske behandlinger samt recovery-orienterede tilbud. (P 14)</p> <p>GL pointerer at hvis administration af farmakoterapi til denne patientpopulation ligger uden for praksis eller ekspertise, bør plejeudbydere henvise sådanne patienter til en sundhedsperson med erfaring i behandling af unge og unge voksne med misbrugsforstyrrelser.</p> <p>Buprenorfin/naloxon anbefales som førstevalgsbehandling af moderat/svær opioidmisbrug. Skift til metadon bør overvejes hos unge, som ikke</p> | <p>God kvalitet, men indirekte evidens</p> <p>Populationen er den generelle befolkning, ingen data/analyser for børn og unge.</p> <p>GL er peer reviewet.</p> <p>De anvender GRADE. Metodisk angiver GL at den opfylder internationale standarder for gennemsigthed, høj kvalitet og metodisk stringens. Men det er ikke helt transparent! GL's indhold og anbefalinger er baseret på en struktureret gennemgang af litteraturen og der anvendes et traditionelt hierarki til at identificere relevant evidens, hvor meta-analyser af RCT'er blev tillagt størst vægt,</p> |

| Guideline | Anbefalinger: | Kvalitetsvurdering af guideline |
|--|---|--|
| | <p>reagerer tilstrækkeligt på buprenorphin/naloxon.</p> <p>Da den optimale varighed af substitutionsbehandling af unge er ukendt, har de ingen konkrete anbefalinger hertil. For patienter med en vellykket og vedvarende reaktion på substitutionsbehandling, som ønsker at seponere, skal klinikerne overveje en langsom nedtrapning, hvor dosisreduktioner er planlagt til at finde sted månedligt eller hver anden måned over en længere periode (måneder til år afhængigt af patienten).</p> <p>Psykosociale behandlingsinterventioner og støtte bør rutinemæssigt tilbydes til alle unge med opioidmisbrug.</p> | <p>efterfulgt af individuelle kliniske forsøg, observationsrapporter og ekspertudtalelser. 10 stærke og 1 svag anbefaling for beh. af OuD. GL efterspørger konkret fremtidigt arbejde for at udvikle og implementere bedste praksis i specifikke populationer, herunder unge og unge voksne, ældre, gravide kvinder og oprindelige befolkninger. Denne GL er sammenlignelig med CRISM (se herunder)</p> |
| <p>American Society of Addiction Medicine</p> <p>The ASAM National Practice Guideline for the Treatment of Opioid Use Disorder 2020</p> <p>npg-jam-supplement.pdf (windows.net)</p> | <p>Klinikere bør overveje at behandle unge (11-21 år), der har opioidmisbrug ved hjælp af hele spektret af behandlingsmuligheder, herunder farmakoterapi.</p> <p>GL pointerer at der i USA er mange unikke medicinske, juridiske og etiske dilemmaer som kan komplicere behandlingen, herunder involvering af forældre mm. Dette gælder sikkert også i andre lande (inkl DK) og vil også have impakt på udførelse af nye studier.</p> <p>Metadon, buprenorphin og naltrexon kan overvejes til behandling af opioidmisbrug hos unge. Nationale love og godkendelser bør overvejes, når der anbefales farmakoterapi til unge patienter.</p> | <p>Begrænset kvalitet.</p> <p>Søgestrategi angivet. Inklusion/eksklusion angivet og to uafhængige personer foretog udvælgelse, men ingen opgørelse af studietyper og ingen RoB! Opdateringsplan (2021) angivet. GL anvender en metode, RAM-processen (2001), der kombinerer bedst tilgængelige videnskabelige evidens (alle typer studier) kombineret med eksperterets kollektive bedømmelser. For vores population er der udelukkende indirekte evidens for såvel medicinsk som psykosocial beh., da anbefalinger alle er baseret på forsøg på voksne. Beskriver konkrete behov for ny forskning. I forb med farmakologisk beh.</p> |

| Guideline | Anbefalinger: | Kvalitetsvurdering af guideline |
|---|--|--|
| | <p>Psykosocial behandling anbefales til behandlingen af unge med opioidmisbrug. Fordele og ulemper ved farmakologisk behandling uden samtidig psykosocial behandling bør omhyggeligt overvejes og diskuteres med patienten og vedkommendes forælder eller værge efter behov. En patients beslutning om at afslå psykosocial behandling eller fraværet af tilgængelig psykosocial behandling bør ikke udelukke eller forsinke farmakologisk behandling af opioidmisbrug med passende medicin håndtering. En motiverende samtale kan bruges til at opfordre patienter til at engagere sig i psykosociale behandlingstilbud, der er passende til at imødekomme deres individuelle behov.</p> | <p>henviser GL til et Cochrane review fra 2014, der har inkluderet to små RCT (begge USA og med moderat tiltro til fund). Et studie sammenlignede 28-dages beh. med buprenorfin, tabletter placeret under tungen, med clonidinplaster hos 36 opiatafhængige unge, behandlet ambulantly. Det andet forsøg sammenlignede vedligeholdelsesbehandling versus afgiftningssbehandling: buprenorfin-naloxon vedligeholdelse versus buprenorfinafgiftning. Peer review ikke angivet!</p> |
| <p>Centre for Addiction and Mental Health. Opioid Agonist Therapy: A Synthesis of Canadian Guidelines for Treating Opioid Use Disorder 2021. canadian-opioid-use-disorder-guideline2021-pdf.pdf (camh.ca)</p> | <p>Denne guideline anbefaler, at unge og voksne modtager passende og alderssvarende behandling for opioidmisbrug.</p> <p>Klinikere opfordres til at kontakte en erfaren kollega for at hjælpe med at vurdere opioidagonistterapis rolle, hvis de ikke har viden, færdigheder eller ressourcer til at behandle unge med opioidmisbrug.</p> <p>Når det er muligt, bør ordinerende læger have erfaring med at arbejde med denne aldersgruppe og bør samarbejde med ungdomsrådgivere. Klinikere skal opfordre til deltagelse i ikke-farmakologisk behandling (f.eks. recovery-orienterede tilbud) for at komplettere farmakologisk behandling. Klinikere skal være bekendt med de programmer, som der henvises til, og være sikker på, at der tilbydes evidensbaserede behandlinger, der</p> | <p>Begrænset Kvalitet. Dette er en narrativ GL, hvis formål er at standardisere forventninger til canadiske ordinerende læger, men ikke at erstatte nogen vedtagne retningslinjer. Denne GL supplerer eksisterende initiativer og støtter ordinerende læger med bedste praksis. Den fungerer som en "retningslinje for retningslinjer" ved at syntetisere nøgle anbefalinger til behandling og styring af OUD fra eksisterende standarder, retningslinjer, ekspertudtalelser og bedste praksis i hele Canada. Ingen præsentation af metoder, søgestrategier mm. Henviser til en 'kommende CAMH-publikation Opioid Agonist Therapy: A</p> |

| Guideline | Anbefalinger: | Kvalitetsvurdering af guideline |
|--|---|---|
| | <p>understøtter patienter på farmakologisk behandling.</p> <p>Guidelinen angiver: "Overvej buprenorphin og naltrexon som førstevalgsbehandling til moderat til svær opioidmisbrug hos unge."</p> <p>Guidelinen angiver ikke aldersgruppen nærmere.</p> | <p>Prescriber's Guide to Treatment' til at supplere denne GL, hvor der kunne være opgjort metoder mm. I min optik er denne strategi i omvendt rækkefølge af normalt.</p> <p>De præsenterer et 'External review board'</p> |
| <p>Canadian Research Initiative in Substance Misuse Clinical Practice Guideline: CRISM National Guideline for the Clinical Management of Opioid Use Disorder. 2018 CRISM National Guideline OUD-ENG.pdf</p> | <p>Denne guideline anbefaler, at enhver kliniker, der yder pleje til teenagere (12–17 år) og unge voksne med moderat til svær OUD, bør overveje at tilbyde first-line buprenorphin/naloxon, hvor det er indiceret og passende. Men pointerer samtidig nødvendigheden af undersøgelser der kan understøtte behandlingseffekt på denne specifikke gruppe!</p> <p>For personer, der reagerer dårligt på buprenorphin/naloxon, skal klinikerens overveje overgang til metadonbehandling.</p> <p>Behandling med metadon skal også overvejes, når behandling med buprenorphin/naloxon ikke er den foretrukne løsning</p> <p>Ved personer med en succesfuld og vedvarende respons på metadon, som udtrykker et ønske om forenkling af behandlingen, skal klinikerens overveje overgang til buprenorphin/naloxon, da dets sikkerhedsprofil giver mulighed for mere rutinemæssig hjemmedosering og mindre hyppige lægebesøg. Som GL fra USA er behandlingsprocedurer og doseringsprotokoller provins-specifikke!</p> | <p>God kvalitet, men indirekte evidens.</p> <p>Velbeskrevet og OK transparent metodeafsnit!! (appendix 9). Savner dog adgang til metaanalyser og effektestimater!</p> <p>Præsenterer de samme 11 anbefalinger som GL fra British Columbia, og med samme søgning, senest opdateret Nov 2016.</p> <p>GL anvender GRADE og præsenterer fokuserede spm i PICO format.</p> <p>For alle PICOs er anvendte studiedesigns angivet og GL beskriver Kvalitet af evidens (QoE) som uddyber og understøtter anbefalingens styrke og retning.</p> <p>Peer review: Efter to runders gennemgang af nedsatte regionale udvalg, eksternt review af to int. akademiske eksperter og to interessent-organisationer som repræsenterer personer berørt af OUD. Begge med input til det endelige udkast.</p> |

| Guideline | Anbefalinger: | Kvalitetsvurdering af guideline |
|---|--|--|
| | <p>Seponering: For patienter med en vellykket og vedvarende reaktion på substotutionsbehandling, som ønsker at seponere (dvs. ønsker at stoppe med medicin), skal du overveje en langsom nedtrapping (over måneder til år, afhængigt af patienten). Løbende afhængighedspleje bør overvejes ved ophør med opioidbrug.</p> <p><u>Skift mellem præparater</u> Ved konvertering direkte fra metadon bør buprenorphin/naloxon påbegyndes tidligst 24 timer, helst 36-72 timer, efter den sidste dosis metadon for at minimere risikoen for fremkaldt abstinens.</p> <p>Omvendt er overgangen fra buprenorphin/naloxon til metadon relativt ukompliceret, da dette repræsenterer et skift fra en delvis agonist til en fuld agonist. Generelt kan den første dosis metadon administreres inden for 24 timer efter den sidste dosis buprenorphin/naloxon, ved at anvende etablerede standarder for metadon-induktion hos opioid-tolerante patienter.</p> | |
| <p>New South Wales Centre for Alcohol and Other Drugs - NSW Clinical Guidelines: Treatment of Opioid Dependence 2018 NSW Clinical Guidelines: Treatment of Opioid Dependence 2018 - Alcohol and other drugs</p> | <p>Farmakoterapi bør kun anvendes til personer under 18 år efter omhyggelig vurdering af risici og fordele og i sammenhæng med en omfattende behandlingsplan, der omfatter forskellige psykosociale tilgange.</p> <p>De lovmæssige og regulatoriske krav bør kontrolleres, før metadon eller buprenorphin ordineres til en patient under 18 år.</p> <p>Hvis der anvendes farmakoterapi, kan buprenorphin foretrækkes frem for</p> | <p>Ringt kvalitet og ikke umiddelbar anvendelig. Denne GL præsenterer opsummeringer af hvad der virker i klinikken og hvad der ikke virker, uden at dokumentere dette med analyser, evidensprofiler eller andet. Ingen søgestrategier præsenteret og en i øvrigt meget sparsom referenceliste. Hovedparten af anbefalinger er baseret på konsensus af klinisk erfaring</p> |

| Guideline | Anbefalinger: | Kvalitetsvurdering af guideline |
|---|---|--|
| | <p>metadon på grund af lettere seponering.</p> <p>Doserne skal muligvis justeres i forhold til dem, der anvendes til voksne.</p> <p>Afhængigt af deres stofbrugshistorie og sociale forhold kan unge stabilisere sig hurtigt på opioidagonistbehandling, hvilket gør det muligt at overveje ophør af farmakoterapi hurtigere, end det ville være tilfældet med voksne.</p> <p>Som med voksne bør unge patienter dog overvåges for tegn på destabilisering, og opioidagonistbehandling genoptages om nødvendigt.</p> <p>Klinikere der behandler personer i alderen 16-17 år, skal indhente en second opinion (ideelt fra en afhængighedsmedicinsk specialist) før metadon eller buprenorphin kan ordineres.</p> <p>Klinikere der behandler personer under 16 år skal anmode om dispensation hertil hos Lægemiddelreguleringsenheden.</p> | <p>eller afspejler en standard for pleje, som bør være rutinemæssig i kompetent klinisk praksis!</p> <p>GL anvender et graderingssystem, klassificeret i henhold til National Health and Medical Research Council's (NHMRC) definitioner. Ikke sammenligneligt med GRADE vi anvender.</p> <p>Ingen information om peer review.</p> <p>GL henviser til et muligt relevant dokument: National Pharmacotherapy Policy for people dependent on opioids http://www.nationaldrugstrategy.gov.au/internet/drugstrategy/publishing.nsf/content/pharmacotherapyGuidelines for pharmacists providing opioid pharmacotherapy services (Pharmaceutical Society of Australia)</p> |
| <p>Kaiser Foundation Health Plan of Washington Opioid Use Disorder Diagnosis and Treatment Guideline 2020 Opioid Use Disorder Diagnosis and Treatment Guideline Kaiser Permanente Washington</p> | <p>Behandling af opioidmisbrug hos unge (i alderen 13-17 år)</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kombinationen af medicin og psykosociale interventioner anbefales til opioidmisbrugsbehandling hos unge. • Unge med opioidmisbrug har sandsynligvis samtidige psykiske lidelser. • Hvis en ung takker nej til psykosocial behandling, bør det ikke udgøre en hindring for at starte og modtage medicin. • Buprenorphin/naloxon er den foretrukne medicin til unge, men metadon kan anvendes, hvis der er et dårligt respons. Metadon er godkendt til | <p>Ringe kvalitet, ikke umiddelbar anvendelig.</p> <p>Dette er en narrativ beskrivelse af behandling af OuD. Ingen beskrivelse af metoder, søgestrategier, eller andet.</p> <p>Stiller to relevante spm, men besvarer dem ikke: Adolescents: What is the efficacy and safety of buprenorphine, methadone, and psychosocial treatment in adolescents with OUD?</p> |

| Guideline | Anbefalinger: | Kvalitetsvurdering af guideline |
|---|---|--|
| | <p>patienter på 16 år eller derover (læs: i USA).</p> | <p>Adolescents: What is the effectiveness of opioid agonist treatment combined with psychosocial interventions in adolescents with OUD? Henviser til American Society of Addiction Medicine, The ASAM National Practice Guideline ASAM 2020, som anbefaler buprenorphine, methadone, naltrexone, og psychosociale interventioner. Se ovenfor!</p> |
| <p>World Health Organization. Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence. 2009 Guidelines for the psychosocially assisted pharmacological treatment of opioid dependence (who.int)</p> | <p>WHO noterer at agonist-farmakoterapi, gerne i kombination med psykosocial behandling, er den anbefalede behandling for unges (12-18 år) opioidafhængighed. De stiller det fokuserede spørgsmål, om farmakologisk behandling til unge med opioidafhængighed skal være forskellig fra den for voksne? Men besvarer det reelt ikke. De nævner et RCT, som sammenlignede 28-dages beh. med buprenorphin, tabletter placeret under tungen, med clonidinplaster hos 36 opiatafhængige unge, behandlet ambulant. Men præsenterer samtidig appendix 1 GRADE evidensprofiler om relevante pharmacoterapeutiske interventioner</p> | <p>Moderat kvalitet og er 14 år gammel og igen med indirekte evidens. Præsenterer farmakoterapeutiske evidensprofiler (for voksne). Metodologisk moderat kvalitet. Mangler dog transparens. Ingen søgeprofil præsenteret. GL er peer-reviewet af lang række interessanter (afsnit viii)</p> |



Substitutionsbehandling af unge under 18 år med opioidafhængighed

Sundhedsstyrelsens foreløbige vurdering af substitutionsbehandling af unge under 18 år med opioidafhængighed

Unge under 18 år, der er blevet afhængige af opioider, har ligesom voksne ret til substitutionsbehandling, hvis den ansvarlige læge vurderer, at der er behov for det. Specielt, når der er tale om unge under 18 år, bør substitutionsbehandling altid foregå i sammenhæng med et tilbud om psykosocial indsats.

Der er indtil videre kun rapporteret ganske få tilfælde af børn under 15 år, der er blevet afhængige af opioider. Hvis der er behov for at behandle en person under 15 år for opioidafhængighed med lægemidler, vil det være off-label-behandling. Sundhedsstyrelsen anbefaler, at læger behandler med lægemidler, hvis det bliver vurderet i det enkelte tilfælde, at der er behov for det, også selvom det er off-label-behandling.

Risikoen for rusvirkning/overdosering ved injektionsbrug er minimal ved brug af kombinationspræparatet buprenorphin/naloxon i formuleringen som resoriblet. Derfor bør dette præparat så vidt muligt anvendes. Præparatet er godkendt til personer ned til 15 år.

Som ved al behandling gælder det, at der handles med omhu og samvittighedsfuldhed, og at der skal lægges en behandlingsplan for det enkelte menneske, der behandles.

Unge under 18 år, der er blevet afhængige af opioider, har ligesom voksne ret til substitutionsbehandling, jf. sundhedsloven § 142.

Sundhedsstyrelsen vurderer, at unge under 18 år med opioidafhængighed først og fremmest skal forsøges behandlet med et præparat, der er godkendt til den relevante aldersgruppe i godkendte doser. Substitutionsbehandling bør altid foregå i sammenhæng med et tilbud om en psykosocial indsats. Dette notat berører dog kun den farmakologiske behandling.

Sundhedsstyrelsens vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin, anbefaler buprenorphin som førstevalg på grund af den mindre risiko for overdosisilfælde i forhold til anden substitutionsbehandling. Det præciseres yderligere, at det anbefales at behandle med kombinationspræparatet buprenorphin/naloxon som resoriblet, fordi risikoen for overdosering/rusvirkning ved at misbruge dette lægemiddel via injektion er minimal. Både buprenorphin og buprenorphin/naloxon er godkendt til personer ned til 15 år. Der skal dog udvises forsigtighed ved brug til personer 15 - <18 år, fordi der stadig mangler tilstrækkeligt data på denne aldersgruppe. Der findes på nuværende tidspunkt ingen lægemidler, der er godkendt til substitutionsbehandling af børn under 15 år. Behandling af børn under 15 år vil derfor være off-label-behandling.

Der er endnu ingen nationale anbefalinger om substitutionsbehandling med særligt fokus på behandling af unge under 18 år med opioidafhængighed. Sundhedsstyrelsen har derfor identificeret to internationale guidelines. Ud fra disse to guidelines og de generelle principper for behandling af personer med opioidafhængighed er der ikke noget til hinder for, at læger behandler unge under 18 år off-label med buprenorphin eller buprenorphin/naloxon, hvis lægen i det konkrete tilfælde vurderer, at behandlingen er relevant. Lægen skal indhente særligt informeret samtykke og omhyggeligt journalføre indikation og begrundelse for off-label-behandlingen og det informerede samtykke.

Sundhedsstyrelsen kan på nuværende tidspunkt ikke rådgive vedrørende off-label-behandling af unge under 18 år med methadon eller evt. andre substitutionspræparater. Ved behov for anden substitutionsmedicin end kombinationspræparatet buprenorphin/naloxon, må ordinationen bero på en individuel faglig vurdering, og med omhu og samvittighedsfuldhed. På grund af et forsigtighedsprincip vil vi som udgangspunkt fraråde, at methadon bruges som substitutionsbehandling til unge under 18 år på grund af den øgede risiko for afhængighed og andre ufordelagtige effekter af methadon.

Sundhedsstyrelsen vil i løbet af 2024 nedsætte en arbejdsgruppe, der skal revidere vejledningen til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin. Som en del af revideringen vil der blive udarbejdet et særskilt afsnit om behandling af børn og unge med opioidafhængighed.

Lægemidler godkendt til substitutionsbehandling af børn og unge med opioidafhængighed

I Danmark findes der flere lægemidler, der er godkendt til substitutionsbehandling af personer med opioidafhængighed (fx buprenorphin, buprenorphin og naloxon i kombination, methadon).

Der findes flere markedsførte præparater med indholdsstoffet buprenorphin, som er godkendt til behandling af personer over 15 år med opioidafhængighed. Man skal være opmærksom på, at der kan være forskel på, hvilke aldersgrupper de forskellige generiske lægemidler er godkendt til. Vær opmærksom på at orientere dig i de gældende produktresuméer på www.produktresume.dk.

Lægemidler med indholdsstoffet methadon er godkendt til behandling af personer over 18 år med opioidafhængighed. Sundhedsstyrelsen vurderer ud fra et forsigtighedsprincip og en risiko for stort afhængighedspotentiale, at methadon ikke bør bruges til substitutionsbehandling af unge under 18 år.

Lægemidler med buprenorphin som enkeltstof eller i kombination med naloxon er alle godkendt til personer ned til 15 år, undtaget buprenorphin som injektionsvæske, der er godkendt ned til 16 år. På godkendelsestidspunktet var der ikke lige så meget data for substitutionsbehandling af personer i aldersgruppen 15-17 år, som med personer over 18 år. Derfor opfordres der i produktresuméerne til, at patienter under 18 år overvåges særligt nøje under behandlingen. Det kan fx være i forhold til effekt og bivirkninger. Lægen skal som med al patientbehandling udvise omhu og samvittighedsfuldhed.

Der findes ingen lægemidler i Danmark, der er godkendt til substitutionsbehandling af personer under 15 år med opioidafhængighed.

Off-label behandling af børn og unge med opioidafhængighed

Ordination og anvendelse af medicin uden for godkendt indikation, såkaldt off-label-behandling, er velkendt og udbredt over hele verden. Off-label-behandling er ikke alene begrænset til brug uden for den/de godkendte indikation(er), men det er også off-label behandling, hvis det bruges til andre alders-, patient- og befolkningsgrupper, i andre doser og via alternative administrationsveje end beskrevet i produktresuméet.

Brug af førnævnte lægemidler til personer uden for den godkendte aldersgruppe, fx behandling af børn under 15 år med buprenorphin/naloxon betegnes derfor som off-label-behandling.

Det er lægen, der fagligt vurderer, hvad der er den bedste behandling for en person med opioidafhængighed i det konkrete tilfælde. En læge kan derfor i den konkrete situation vurdere, at substitutionsbehandling af et barn eller en ung uden for lægemidlets godkendte aldersgruppe vil være den bedste behandling fx fordi tidligere behandlingsforsøg med andre metoder har været uden effekt og ulemperne ved ingen behandling er større end ulemperne ved off-label-behandlingen.

Ved off-label-behandling skal personen med opioidafhængighed (og forældre ved behandling af unge under 18 år) informeres grundigt om behandlingen, herunder hvilken evidens der ligger til grund for denne, at det er en behandling uden for godkendt aldersgruppe og dermed ikke kan genfindes i indlægssedlen samt om de bivirkninger, der kan opstå. Lægen skal omhyggeligt journalføre begrundelse for off-label-behandlingen og det informerede samtykke.

Se bilag for baggrundsoplysninger til dette notat. I bilaget er der en beskrivelse af to internationale guidelines, som notatet til dels bygger på, samt søgestreng og vurdering af de fremsøgte guidelines.

Oversigter over lægemidler med buprenorphin/naloxon og buprenorphin

| Buprenorphin/naloxon | | | | |
|--|---|-------------------------------------|-----------------------|--|
| Indholdsstof | Dosis | Formulering | Godkendt aldersgrænse | Bemærkninger |
| buprenorphin, naloxon (Bunalict) | 2 mg + 0,5 mg, 8 mg + 2 mg | Resoribletter (ingen delekærv) | ≥ 15 år | Sparsom erfaring med behandling af børn og unge 15 til ≤18 år. Ingen data på børn yngre end 15 år. |
| buprenorphin, naloxon (Buprenorphin/Naloxon "G.L. Pharma") | 2 mg + 0,5 mg, 8 mg + 2 mg | Resoribletter (med delekærv) | ≥ 15 år | |
| buprenorphin, naloxone (Buprenorphin/Naloxon "Mylan") | 2 mg + 0,5 mg, 8 mg + 2 mg | Resoribletter (med delekærv) | ≥ 15 år | |
| buprenorphin, naloxone (Suboxone) | 2 mg + 0,5 mg, 8 mg + 2 mg, 16 mg + 4 mg | Resoribletter (ingen delekærv) | ≥ 15 år | |
| buprenorphin, naloxone (Suboxone) | 2 mg + 0,5 mg, 8 mg + 2 mg, 12 mg + 3 mg | Sublingualfilm (må ikke rives over) | ≥ 15 år | |
| buprenorphin, naloxone (Zubsolv) | 1,4 mg + 0,36mg, 2,9 mg + 0,71 mg, 5,7 mg + 1,4 mg, 8,6 mg + 2,1 mg, 11,4 mg + 2,9 mg | Resoribletter (uden delekærv) | ≥ 15 år | |

| Buprenorphin | | | | |
|---|--|----------------------------------|-----------------------|--|
| Indholdsstof | Dosis | Formulering | Godkendt aldersgrænse | Bemærkninger |
| buprenorphin (Buprenorphin "Actavis") | 2 mg, 8 mg | Resoribletter (ingen delekærv) | ≥ 15 år | Sparsom erfaring med behandling af børn og unge 15 til ≤18 år. Ingen data på børn yngre end 15 år. |
| buprenorphin (Buprenorphine "Bluefish") | 2 mg, 8 mg | Resoribletter (ingen delekærv) | ≥ 15 år | |
| buprenorphin (Buprenorphine "Orifarm") | 2 mg, 8 mg | Resoribletter (ingen delekærv) | ≥ 15 år | |
| buprenorphin (Buprenorphine "Sandoz") | 2 mg, 8 mg | Resoribletter (med delekærv) | ≥ 15 år | |
| buprenorphin (Subutex) | 2 mg | Resoribletter (ingen delekærv) | ≥ 15 år | |
| buprenorphin (Buvidal) | 8 mg, 16 mg, 24 mg, 32 mg, 64 mg, 96 mg, 128 mg, 160 mg | Depotinjektionsvæske, opløsning. | ≥ 16 år | Der er ingen erfaring med sikkerheden og virkningen af buprenorphin hos børn under 16 år. På grund af begrænsede data hos teenagere (på 16 eller 17 år) skal patienter i denne aldersgruppe monitoreres særligt nøje under behandling. |

Appendiks | Baggrund og trends i det danske opioid-problem

Forløbet af den amerikanske *opioid crisis* har i snart 10 år næret spekulationerne om, hvornår dette fænomen ville forplante sig til Danmark. Beretninger om op mod 100.000 overdosisdødsfald årligt, vækst i konsum af højpotente opioid-analoger, og et voksende reservoir af danske unge, som anvender perorale opioider, har bidraget til bekymringerne.

Ligesom Food and Drug Administration i USA har den danske Sundhedsstyrelse indskærpet over for lægerne herhjemme at være opmærksom på det afhængighedsskabende potentiale ved opioider, herunder oxycodon og tramadol, samt at være tilbageholdende med udstedelse af recepter og receptforlængelser. Ung alder er i sig selv en risikofaktor for udvikling af psykisk afhængighed af opioider⁵².

Intentionen om at begrænse iatrogen induceret afhængighed af opioider ser ud til at have båret frugt. Antallet af personer, der har indløst recept på opioider, er i 2023 faldet til knap 394.800 personer fra ca. 446.200 personer i 2018, hvor antallet af brugere var på sit højeste i perioden. Det svarer til et fald på 12 pct⁵³.

Og den faktiske udvikling af det danske opioid-problem afspejler da også talrige andre kilder til væksten i brugen af opioider blandt unge end lige netop lægeordnede recepter.

Heraf er de vigtigste:

- Øget tilgængelighed af prisbillige stoffer i kølvandet på decimering af opiumproduktionen i Afghanistan siden 2022⁵⁴
- Eksplosiv vækst i legal som lyssky produktion af opioidanaloger⁵⁵, forskellige blandingsprodukter samt forfalsket medicin fra primært Indien og Kina samt illegale laboratorier i Østeuropa⁵⁶
- En komplicerende vækst i tilblanding af højpotente fentanyl-analoger og nitazener samt syntetiske cannabinoider med uforudsigelige virkninger og komplekse forgiftningsmønstre
- Emballering af illegale stoffer i veltillende blisterpakninger, som imiterer autoriserede lægemidler, men som i realiteten kan indeholde hvad som helst
- Målrettet markedsføring, som styres af algoritmer på sociale medier
- Bekvem købsoplevelse - set med brugerøjne - som faciliteres af QR-koder i det offentlige rum, leverancer med pizzabude og salg under disken i udvalgte kiosker
- Fravær af stigmata, som traditionelt har været knyttet til stofmisbrug i form af intravenøs indtagelse, stofhandel på gadeplan, kontakt med pushere, politi etc.
- Indlejring af forsyningskæden til slutbrugerne i de unges eget miljø
- At forbruget ofte etableres helt upåagtet af pårørende og øvrige netværk
- Stadig flere indikationer på, at brug af opioider blandt unge opleves som en socialt acceptabel strategi til at håndtere hverdagsproblemer, præstationsangst, kedsomhed, mistroivsel etc.
- En eksponentiel stigning i antallet af behandlingssøgende unge både under og over 18 år⁵⁷.

Det danske opioidproblem afføder således disse udfordringer

- Behov for en massiv forebyggelsesindsats, som inddrager de unge selv og deres sociale netværk
- Opbygningen af nemt tilgængelige tilbud i nærmiljøet, som kan rådgive og formidle hjælp til børn og unge i mistroivsel. Kommunerne skal løfte denne opgave inden udgangen af 2025⁵⁸
- En nødvendig opmærksomhed i alle dele af samfundet, selv ved diskrete tegn på misbrug eller afhængighed af opioider blandt børn og unge
- En påkrævet udvidelse af den kommunale rusmiddelbehandling med børn/unge tilbud, som er fysisk skærmet fra behandlingstilbuddene til voksne, erfarne stofbrugere.

Redaktionelt

Forfattere og habilitet

Thomas Fuglsang

Speciallæge i almen medicin, ledende overlæge, KABS, Glostrup Kommune
Dansk Selskab for Addiktiv Medicin
Ingen interessekonflikter
Korrespondance: thomas.fuglsang@glostrup.dk

Lene Caspersen

Speciallæge i almen medicin, socialoverlæge, Københavns Kommune,
Center for Rusmiddelbehandling.
Dansk Selskab for Addiktiv Medicin
Ingen interessekonflikter
Korrespondance: c67u@kk.dk

Jon Trærup Andersen

Klinisk professor, ledende overlæge, Klinisk farmakologisk afdeling,
Bispebjerg Hospital og Københavns Universitet
Dansk Selskab for Klinisk Farmakologi
Ingen interessekonflikter

Stine Braa Sjøholtstrand

Speciallæge i børne- ungdomspsykiatri
Aarhus Universitetshospital, Børne- og Ungdomspsykiatrisk afdeling
Børne- og Ungdomspsykiatrisk Selskab
Ingen interessekonflikter

Jennifer Vikre-Jørgensen

Speciallæge i pædiatri, overlæge
Århus Universitetshospital, Børn og Unge
Dansk Pædiatrisk Selskab
Ingen interessekonflikter

Version af guideline

Nærværende guideline er udarbejdet i version 1.0

Plan for opdatering

Første revision af guideline er planlagt til 1. september 2026