

Udskriftsdato: 3. januar 2026

VEJ nr 10377 af 28/12/2016 (Gældende)

Vejledning om den lægelige behandling af misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer

Ministerium: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Journalnummer: Sundheds- og Ældremin.,
Sundhedsstyrelsen

Vejledning om den lægelige behandling af misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer

Indholdsfortegnelse

1. Indledning
2. Virkningsmekanisme
3. Administrationsmåder, indtagelsesmønstre og kokainbrugeres profil
 - 3.1 Administrationsmåder
 - 3.2 Indtagelsesmønstre, brugerprofiler
4. Forgiftninger med kokain og andre centralstimulerende stoffer
5. Somatiske skadevirkninger ved indtagelse af kokain og andre centralstimulerende stoffer
 - 5.1 Kardiovaskulære komplikationer
 - 5.2 Neurologiske komplikationer
 - 5.3 Rhinolaryngologiske komplikationer
 - 5.4 Respiratoriske komplikationer
 - 5.5 Infektioner
 - 5.6 Dermatologiske komplikationer
 - 5.7 Komplikationer i graviditet, hos foster og ved fødsel
6. Psykiatriske skadevirkninger ved indtagelse af kokain og andre centralstimulerende stoffer
7. Behandling
 - 7.1 Behandlingsrettigheder
 - 7.2 Udredning af misbrugstilstanden
 - 7.3 Lægelige behandlingsplan
 - 7.4 Anvendelse af urinalyser
 - 7.5 Principper for behandling

1 Indledning

Brugen af kokain og andre centralstimulerende stoffer forekommer i brede kredse af samfundet. Mange brugere af kokain opfatter ikke sig selv som afhængige og søger sjældent behandling i behandlingssystemet for stofbrugere. Samtidig er kokain stadig et meget udbredt rusmiddel. Misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer ses hyppigt sammen med anden form for misbrug, og kokainmisbrug er en komplicerende faktor i behandlingen af opioidafhængighed. De helbredsmæssige skadevirkninger er mangeartede og kan være ganske alvorlige, ultimativt dødelige.

Formålet med denne vejledning er at sikre relevant diagnostik og behandling af patienter med misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer samt af de sundhedsmæssige skader, der kan opstå i forbindelse hermed. Aktuelle retningslinjer er en revision af vejledningen fra 2012, som var udarbejdet på baggrund af eksisterende national og international evidens på området og med en til formålet nedsat arbejdsgruppe.

Vejledningen er gældende uanset hvor lægelig behandling af stofbrugere finder sted, det være sig i det kommunale misbrugsbehandlingssystem, i almen praksis, i sygehusregi eller i Kriminalforsorgen.

De lovmæssige rammer for tilrettelæggelsen af stofmisbrugsbehandlingen fremgår af sundhedsloven¹⁾, autorisationsloven²⁾, serviceloven³⁾ samt retssikkerhedsloven⁴⁾.

Den lægelige behandling af personer med stofmisbrug, herunder misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer, omfatter primært undersøgelse og behandling af misbruget/afhængigheden. Herudover omfatter den lægelige behandling af stofbrugere undersøgelse og behandling af de fysiske og psykiske problemstillinger knyttet til stofmisbruget.

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

2 Virkningsmekanisme

Gruppen af centralstimulerende stoffer (CSS) omfatter bl.a. kokain, amfetaminer, ecstasy, khatinon (khat), som har forholdsvis ensartet farmakologiske virkningsmekanisme. Lægemidlet methylphenidat har en lignende virkningsmekanisme.

CSS virker på de monoaminerge synapser i centralnervesystemet ved at øge mængden af monoaminer i synapsespalten. CSS reducerer genoptagelsen af dopamin og serotonin og noradrenalin. Dopamin spiller en central rolle i hjernes ”belønningssystem”, serotonin er knyttet til reguleringen af humør og stemningsleje, og noradrenalin indvirker på hjerte og kredsløb.

CSS giver en kortvarig glædesrus og en tilstand præget af centralstimulerende påvirkning. Der er tale om en eufori, en følelse af velvære, øget energi, storhedstanker, tankeflugt, fjernelse af hæmninger, foretagsomhed og øget seksuel stimulation. Sult, tørst og træthed mærkes ikke. På det fysiske plan forekommer hjertebanken, forhøjet blodtryk, udvidede pupiller og en øget kropstemperatur. Euforifasen, som er den efterstræbte virkning, varer fra nogle minutter til ca. en halv time. Euforifasen efterfølges af en overgangsfase, ”nedturen”, der kan vare fra timer til døgn, afhængigt af den forudgående stofindtagelse. Nedturen er kendetegnet ved rastløshed, irritabilitet, aggressivitet, angst, forvirring og træthed.

Ved længevarende brug af CSS vil den stimulerende effekt ofte blive afløst af en hæmmende effekt på psykiske og fysiske funktioner. Hos kroniske kokainbrugere ses typisk ekstrem træthed, søvnforstyrrelser, spiseforstyrrelser, vægttab, ernæringsmangler, muskelsmerter, hudproblemer, forstemthed, nedsat seksualdrift samt de mere specifikke somatiske og psykiatriske sygdomstilstande, jf. kapitel 5 og kapitel 6.

Efter ophør med længevarende og/eller intens indtagelse af CSS fremkommer en karakteristisk abstinensstilstand, der kan udvikle sig over nogle timer til flere dage og vare ved i flere uger. Tilstanden omfatter typisk forstemthed, træthed, nedsat psykomotorisk tempo, irritabilitet, agitation, øget appetit, søvnforstyrrelser, kognitive ændringer (hukommelse, koncentration) samt fysiske uspecifikke symptomer (svedeture, rystelser, diffuse smerter mv.).

3 Administrationsmåder, indtagelsesmønstre og kokainbrugeres profil

3.1 Administrationsmåder

Alle centralstimulerende stoffer (CSS) kan sniffes, injiceres eller spises. Ved snifning anvendes bl.a. snifferør, som kan medføre læsioner af næsens slimhinder, evt. med nasal septumdefekt, og risiko for overførsel af infektioner.

Peroral indtagelse (tabletter) ses typisk ved indtagelse af ecstasy og methylphenidat, men sjældent ved indtagelse af kokain og amfetamin.

Kokain findes i flere former:

- i form af hydroklorid (hvidt pulver), som indtages intranasalt (snifning) eller intravenøst (injektion)
- en basisk form (klumper eller flager), der fremkommer ved tilsætning af ammoniak eller natriumbikarbonat til kokainhydroklorid og som indtages ved inhalation (rygning), såkaldt *crack* og *freebase*.

Ved anvendelse af crack-piber af glas, der let kan knuses og som er varmeledende, er der risiko for forbrændinger, og for at man skærer sig. Anvendelse af *cutters* (tilsætningsstoffer) indebærer ligeledes risiko for læsioner i hud og slimhinde med risiko for overførsel af infektioner.

Kokainrusens styrke og forløb afhænger bl.a. af administrationsmåden, som er afgørende for optagelsen i blodbanen. Ved rygning og ved injektion indtræder virkningen efter 5-10 sekunder, ved snifning efter nogle få minutter. Virkning varer typisk 10-20 minutter for kokain, der sniffes og injiceres, og 5-20 minutter for crack og freebase, der ryges.

3.2 Indtagelsesmønstre, brugerprofiler

Indtagelsesmønsteret ved CSS adskiller sig fra indtagelsesmønsteret ved fx opiat- og alkoholmisbrug. Størstedelen af brugerne af CSS tager ikke stofferne hver dag, men CSS tages ofte flere gange efter hinanden, hvorved forgiftningsrisikoen øges. Kokain og andre CSS indtages ofte sammen med alkohol, men også sammen med andre centralstimulerende stoffer, cannabis, benzodiazepiner og opiater.

Brugere af kokain og andre CSS udgør en heterogen gruppe og ses både blandt socialt inkluderede ("weekend-brugere", festmiljøer, særlige arbejdsmiljøer) og blandt gruppen af socialt udsatte og marginaliserede.

Brugsmønster ved indtagelse af kokain og andre CSS kan udvikles over flere faser (jf. WHO ICD-10 klassifikationen):

Lejlighedsvis brug

Det drejer sig typisk om yngre voksne, men i stigende grad også teenagere, i forbindelse med sociale aktiviteter og ved festlige lejligheder eller i visse arbejdsmiljøer.

Misbrug

Overgangen fra lejlighedsvis brug til misbrug er oftest gradvis. Mønsteret med eufori og nedture bliver vanskeligere at styre. Der kommer tab af kontrol med kortere intervaller mellem indtagelse, "binges" og uimodståelig trang til kokain. Indtagelsen kan ske dagligt eller på ugebasis. Der ses i varierende omfang fysiske og psykiske skadevirkninger samt sociale problemer.

Afhængighed

Kokain og andre CSS er stærkt afhængighedsskabende. Afhængigheden kendetegnes ved uimodståelig stoftrang, svækket kontrol over brug, vedholdende brug trods kendskab til negative konsekvenser, øget tolerans med behov for stadig større mængder kokain med henblik på at opnå den ønskede virkning, samt kokainindtagelse for at lindre eller undgå abstinenssymptomer. Kokainafhængighed øger omfanget af helbredsmæssige og sociale skadevirkninger.

4 Forgiftninger med kokain og andre centralstimulerende stoffer

Indtagelse af kokain og andre CSS indebærer en risiko for potentielt dødelige forgiftninger, men der ikke er en klar sammenhæng mellem mængden, indtagelsesmåden og alvorligheden af forgiftningen og dens forløb.

Forgiftning med CSS skyldes en voldsom adrenerg påvirkning af centralnervesystemet og det kardiovaskulære system. Nedenstående tabel viser en oversigt over de almindeligste symptomer ved forgiftning med CSS.

Tabel 1: Somatiske og psykiske symptomer ved lette, moderate og svære akutte forgiftninger med centralstimulerende stoffer

Let forgiftning	Moderat forgiftning	Svær forgiftning
Kvalme og opkast	Hyperaktivitet	Delirium
Mydriasis	Insomnia	Muskelrigiditet
Mundtørhed	Konfusion	Koma
Trismus	Forhøjet kropstemperatur	Krampeanfald
Tremor	Øget muskeltonus	Hyponatriæmi

Rastløshed	Aggression	Hypotension
Blegthed	Panikangst	Kardiel arrytmi
Bruxismus	Visuelle hallucinationer	Intracerebral blødning)
Hyperrefleksi	Takypnø	Hyperthermi
Irritabilitet	Takykardi	Metabolisk acidose
Palpitationer	Hypertension	Nyreinsufficiens
		Rhabdomyolysis (muskelhenfald)
		Hepatotoksisitet
		Respiratorisk distress-syndrom
		Dissemineret intravaskulær koagulation

Der findes ingen modgift mod kokain og andre CSS. Behandlingen af CSS forgiftning er symptomatisk, dvs. at den skal rette sig mod de symptomer, som forgiftningen i den konkrete situation afstedkommer.

Man skal være opmærksom på, at der ofte er tale om samtidig indtagelse af flere rusmidler og dermed flere årsager til forgiftningen. Betinget af forskellige halveringstider og tolerans for rusmidlerne, kan der optræde betydelige ændringer i ruspåvirkningen under en given observationsperiode. Samtidig indtagelse af CSS og alkohol udgør en særlig stor risiko for alvorlig forgiftning. Se i øvrigt Sundhedsstyrelsen vejledning om behandling af akutte rusmiddelforgiftninger⁵⁾.

5 Somatiske skadevirkninger ved indtagelse af kokain og andre centralstimulerende stoffer

Der er ikke klar sammenhæng mellem det indtagne stofs mængde, stoffets form, administrationsformen eller indtagelseshyppighed af kokain og andre CCS i relation til omfanget af skadevirkningerne.

Indtagelse af CSS kan medføre skader på alle organer, såsom kardiovaskulære, neurologiske, respiratoriske, gastrointestinale, urologiske og dermatologiske. Ved graviditet er der risiko for obstetriske komplikationer og fosterskade.

Tidlig diagnostik er vigtig for håndtering af disse komplikationer med henblik på at sikre hurtig og relevant behandling.

Nedenstående tabel viser i oversigtsform de hyppigste somatiske komplikationer, ved indtagelse af CSS. Nogle af disse komplikationer uddybes efterfølgende i dette kapitel.

Tabel 2: Hyppigste somatiske komplikationer ved indtagelse af centralstimulerende stoffer

Kardiovaskulære komplikationer	Akut koronart syndrom Arrytmi Kardiomyopati Aortadissektion Nyreinsufficiens Mesenterial iskæmi
Cerebrovaskulære og neurologiske komplikationer	Hovedpine Apopleksia cerebri

	Kramper
Rhinolaryngologiske komplikationer	Læsioner af næseskillevæg Infektioner i næse og bihuler
Respiratoriske komplikationer	Bronchospasme Hæmoptyse Pneumothorax Crack lung
Infektioner	HIV, HBV og HCV Bakterielle infektioner (lokal absces, endocarditis, lungesygdomme, sepsis)
Dermatologiske komplikationer	Dermatitis, sekundær bakteriel infektion
Obstetriske og perinatale komplikationer	Maternelle: Hypertension, takykardi (eklampsi) Spontan abort Foster: Væksthæmning Misdannelser Neonatal abstinenssyndrom Sygelighed hos foster og den nyfødte

5.1 Kardiovaskulære komplikationer

Den adrenerge virkning af CSS viser sig ved takykardi, hypertension, vasokonstriktion og øget trombo-
setendens.

CSS indtagelse giver risiko for de fleste former for iskæmisk kardiovaskulær lidelse inklusiv arrytmi-
er. Ved allerede eksisterende hjertesygdomme eller anden risikofaktor, forøges risikoen yderligere.

Det kan være vanskeligt at stille diagnosen akut koronart syndrom i forbindelse med kokainindtagelse,
da kokainbrugere ofte klager over atypiske brystmerter i forbindelse med betydelige angstsymptomer.

Læger skal ved forekomst af atypiske brystmerter hos især yngre personer være yderligere opmærksom
på CSS som udløsende årsag.

- Ved enhver form for brystmerter hos en kendt kokainbruger skal forekomst af akut koronart syndrom
overvejes.
- Ved enhver form for brystmerter eller andre kardiovaskulære symptomer hos en tidligere rask yngre
patient skal CSS indtagelse overvejes.

Atypiske brystmerter og akut koronart syndrom håndteres i henhold til sundhedsstyrelsens vejledning
om behandling af patienter med atypiske brystmerter⁶).

Kokain og andre CSS er potente vasokonstriktorer, som kan medføre iskæmiske skadevirkninger på
flere organer.

Ved abdominalsmerter, hvor der ikke findes anden umiddelbar forklaring herpå, skal indtagelse af CSS
overvejes som udløsende faktor.

CSS kan medføre iskæmisk enterocolitis med symptomer i form af diffuse eller lokaliserede abdomi-
nalsmerter, blødning per rectum og i svære tilfælde gangræn og perforation af tarmen. Dissekerende
aortaaneurisme og nyresvigt på iskæmisk baggrund kan ligeledes skyldes indtagelse af CSS.

5.2 Neurologiske komplikationer

De hyppigste neurologiske komplikationer forbundet med kokainindtagelse er hovedpine, apopleksi og kramper.

Den vigtigste årsag til iskæmisk apopleksi er formentlig vasospasmer som følge af kokains vasokonstriktoriske egenskaber, men også en forøget trombocyttaggregation kan spille en rolle. Endelig kan cerebrale infarkter også være betinget af kardielle embolier.

Hæmoragisk cerebrovaskulær sygdom omfatter både intracerebral hæmoragi og subaraknoidalblødning. Der er påvist kokaininduceret vasculitis i de cerebrale kar, hvilket kan føre til nekrose og ruptur af karvæggen med hæmoragi til følge. Også kokaininduceret hypertension kan medvirke både til hæmoragisk og iskæmisk apopleksi.

Brug af kokain og andre CSS er særlig risikofyldt hos personer med cerebrale blodkaranomaler.

Hos både førstegangsbrugere og ved kronisk brug ses kramper, ofte generaliserede og af tonisk-klonisk art.

Cerebral atrofi efter længere tids indtagelse af CSS kan ses.

5.3 Rhinolaryngologiske komplikationer

Ved snifning af CSS er der risiko for skadevirkninger i næse-svelg rummet. Hyppigt ses næseblødning, evt. perforation eller nekrose af nasale septum, sinuitis, hæshed, synkebesvær og blodigt spyt.

5.4 Respiratoriske komplikationer

Inhalation (rygning) af kokain (crack, freebase) er forbundet med talrige åndedrætsproblemer. Hoste, dyspnø, hæmoptyse og bronchokonstriktion ses ofte i tilslutning til inhalationen. Pneumothorax kan forekomme, og det ses ofte i tilslutning til en Valsalva-manøvre, som bevirker en voldsom stigning af det intrabronkiale/alveolære tryk, og som kokainbrugeren anvender for at øge stoffets effekt. Ved overdosis/forgiftning kan ses omfattende destruktion og blødning i luftveje og lungevævet. Begrebet "*crack lung*" betegner et akut åndedrætssyndrom opstået efter inhalation af crack eller freebase og viser sig ved feber, hoste, åndedrætsproblemer og kraftige brystmerter.

5.5 Infektioner

Vedrørende blodoverførte virale infektioner (hepatitis og hiv) i forbindelse med risikoadfærd ved indtagelse af kokain og andre centralstimulerende stoffer (injektion, deling af andet værktøj, fx snifferør), henvises til Sundhedsstyrelsens vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin⁷).

Kokain er ofte forbundet med øget seksuel aktivitet og større tilbøjelighed til ubeskyttet sex og dermed mulighed for både uønsket graviditet og overførsel af kønssygdomme, hepatitis og hiv.

5.6 Dermatologiske komplikationer

I forbindelse med kokainindtagelse ses hyppigt hudkløe, evt. vrangforestillinger om fremmedlegemer under huden, med kradsningssår og bakteriel hudinfektion til følge.

5.7 Komplikationer i graviditet, hos foster og ved fødsel

Brug/misbrug af CSS hos gravide indebærer øget risiko for fosterets udvikling samt svangerskabets videre forløb og fødslen.

Hos den gravide findes ved indtagelse af CSS øget risiko for hypertension (eklamsi) og takykardi.

Generelt indebærer alle CSS en risiko for føtal vækstretardering, neonatal abstinenssyndrom og øget sygelighed hos foster og den nyfødte

Den adrenerge virkning af CSS på centralnervesystemet og det kardiovaskulære system giver en høj risiko for massive graviditetskomplikationer, fx

- spontan abort
- abruptio placentae
- graviditetsassocieret hypertension
- for tidlig fødsel
- for tidlig vandafgang,

Særligt for kokain er fundet, at den adrenerge påvirkning kan medføre udvikling af føtale misdannelser på baggrund af vaskulær insufficiens i den føtale udvikling til trods for, at der ikke er beskrevet et isoleret kokain malformationssyndrom, som det er tilfældet ved alkoholmisbrug.

Tidlig indsats er af største vigtighed for at begrænse skadernes omfang, og der bør hurtigst muligt skabes kontakt til det regionale familieambulatorie, som varetager svangreomsorgen for gravide, der har et forbrug af alkohol og/eller rusmidler samt afhængighedsskabende medicin. Der er familieambulatorier i alle regioner.

I øvrigt henvises til Sundhedsstyrelsens vejledning om etablering af familieambulatorier⁸⁾, Sundhedsstyrelsens Anbefalingerne for svangreomsorgen⁹⁾ og Sundhedsstyrelsens vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin.

6 Psykiatriske skadevirkninger ved indtagelse af kokain og andre centralstimulerende stoffer

Psykiatriske lidelser er hyppigere blandt CSS brugere end blandt den almene befolkning, og CSS indtagelse forværrer typisk eksisterende psykiatriske lidelser. Rusmiddelmisbrug/afhængighed kan forårsage og forværre psykiatriske symptomer eller maskere symptomerne på psykiatriske lidelser. Abstinensstilstande kan være årsag til psykiatriske symptomer.

Der er store individuelle forskelle i reaktionerne på et givet rusmiddel, hvilket yderligere kompliceres ved blandingsmisbrug. Derfor er det altid nødvendigt *løbende* at vurdere de psykiatriske symptomer og deres relation til abstinens eller vedvarende misbrug.

Som ved de somatiske skadevirkninger af CSS, er der ikke en klar sammenhæng mellem indtaget mængde, kemisk form, administrationsmåde eller indtagelseshyppighed i relation til omfanget af de psykiatriske skadevirkninger.

Akutte psykotiske symptomer forårsaget af kokain kan forekomme blot få timer efter indtagelsen. Typisk drejer det sig om hallucinationer og persekutoriske vrangforestillinger. Langvarig kokainindtagelse medfører stor risiko for udvikling af længerevarende paranoide psykoser.

Ved akut og kronisk CSS indtagelse kan ses panikanfald og andre former for angstanfald, som typisk forekommer kort efter indtagelsen.

Der er en høj forekomst af depression hos CSS brugere. Depressionen er en følge af misbruget og er knyttet til abstinensstilstanden og til langvarigt brug af CSS, samt til de psykiske og sociale komplikationer hertil. Selvmordsrisiko er høj blandt CSS brugere.

Vedrørende den psykiatriske komorbiditet ved stofmisbrug henvises i øvrigt til Sundhedsstyrelsens vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin.

7 Behandling

Behandling af stofmisbrug og afhængighed er tværfaglig, da der ud over selve misbruget og afhængigheden også forekommer varierende helbredsmæssige og sociale konsekvenser. Der er tale om stor variation fra person til person – og over tid hos den samme person.

De bedste behandlingsresultater opnås ved kombination af flere forskellige professionelle behandlingsydelser (sundhedsfaglige, socialfaglige og psykoterapeutiske) målrettet de problemer, som stofbrugeren har.

7.1 Behandlingsrettigheder

En patient, der ønsker at komme i stofmisbrugsbehandling har en række rettigheder

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

7.2 Udredning af misbrugstilstanden

Ved varetagelse af stofmisbrugsbehandling, uanset rusmidlet art, skal lægen foretage en helhedsorienteret udredning, som omfatter en vurdering af misbruget, de helbredsmæssige skadevirkninger og de sociale problemstillinger.

Diagnostik af afhængighed og misbrug omfatter altid en misbrugsanamnese og en lægelig vurdering af det somatiske og psykiske helbred.

Formålet med den primære vurdering er, at

- identificere og behandle eventuelle akutte behandlingskrævende problemstillinger, somatiske eller psykiske.
- bekræfte patientens oplysninger om misbrugsproblemer ved hjælp af misbrugsanamnese, objektiv lægeundersøgelse, evt. urinalyser samt vurdere graden af afhængighed/misbrug.
- identificere misbrugsrelaterede komplikationer og vurdere eventuel risikoadfærd.
- identificere andre somatiske, psykiske og sociale problemstillinger.
- Hvis lægen finder behov, skal der udfærdiges en behandlingsplan, heri vurdere behov for henvisning til somatisk eller psykiatrisk speciallæge.
- Hvor der har været blodkontakt, sikre tilbud om serologisk screening for hepatitis og hiv, herunder præ- og posttest rådgivning og vaccination.

Se endvidere Sundhedsstyrelsens vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin⁷.

7.3 Lægelige behandlingsplan

Det skal fremgå af den lægelige behandlingsplan, hvad sigtet med den sundhedsfaglige behandling aktuelt er, og hvilke aftaler, der er indgået omkring forløbet. Evt. samarbejde og koordinering vedr. patientens sideløbende behandling ved speciallæge skal også beskrives. Den lægelige behandlingsplan indgår som en del af journalen⁷.

7.4 Anvendelse af urinalyser

Som led i behandling af personer med misbrug af kokain eller andre centralstimulerende stoffer kan der anvendes urinalyser med henblik på diagnostik eller vurdering af den iværksatte behandling. Urinalyser skal ordineres af den behandlende læge. Såfremt urinalyser indgår som led i diagnostik eller behandling, skal en læge vurdere resultatet i forhold til oplysning om indtag af rusmidler og medikamenter, de foreliggende medicinske oplysninger og den anvendte analysemetode.

Lægen skal informere patienten om formålet med urinalysen. Hvis patienten ikke ønsker at aflægge urinprøve, kan dette ikke begrunde afståelse af behandling.

7.5 Principper for behandling

Brugere af kokain og andre CSS er en heterogen gruppe, hvilket der bør tages højde for ved behandlingstilrettelæggelsen.

Der findes ingen specifik behandling for CCS afhængighed/misbrug, og behandlingsforløbene er ofte præget af afbrudte forløb og tilbagefald. Til forskel fra behandling af opioidafhængighed findes der i dag ingen virksom substitutionsbehandling ved misbrug af kokain eller andre centralstimulerende stoffer.

Den medikamentelle behandling af misbrug af kokain eller andre CSS er således alene rettet mod symptomer og komplikationer, hvilket ligeledes gælder behandlingen af abstinensstilstanden.

Ofte indgår misbrug af kokain i et blandingsmisbrug, hvilket der skal tages højde for i den samlede behandling. Vedrørende behandling af blandingsmisbrug i øvrigt henvises til vejledning om den lægelige behandling af opioidafhængige patienter i substitutionsbehandling⁷.

Vedrørende den akutte behandling af forgiftningstilstande i øvrigt henvises til vejledning om håndtering af akutte rusmiddelforgiftninger⁵.

Den non-medikamentelle behandling af misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer følger de generelle principper for den psykosociale misbrugsbehandling, hvori nedenstående behandlingselementer indgår:

- Tidlig identifikation og intervention
- Motiverende samtale
- Psykoedukation (stofedukation)
- Psykoterapeutisk behandling
- Psykosocial rådgivning

Sundhedsstyrelsen, den 28. december 2016

- 1) Sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 1188 af 24. september 2016.
- 2) Autorisationsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed.
- 3) Lov om social service, jf. lovbekendtgørelse nr. 1284 af 08/09/2015.
- 4) Bekendtgørelse af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, jf. lovbekendtgørelse nr. 1052 af 08/09/2015.
- 5) Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 77 af den 31. oktober 2012 om behandling af akutte rusmiddelforgiftninger.
- 6) Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 9056 af 8. februar 2010 om behandling af patienter med atypiske brystmerter.
- 7) Sundhedsstyrelsens vejledning til læger, der behandler opioidafhængige patienter med substitutionsmedicin 2016.
- 8) Vejledning nr. 49 af 30. juni 2009 om etablering af regionale familieambulatorier.
- 9) Anbefalinger for Svangreomsorgen, Sundhedsstyrelsen, 2013.