

Udskriftsdato: 1. januar 2026

VEJ nr 76 af 31/10/2012 (Historisk)

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

Ministerium: Indenrigs- og Sundhedsministeriet

Journalnummer: Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse,
Sundhedsstyrelsen, j.nr. 5-6410-5/1

Senere ændringer til forskriften

VEJ nr 10377 af 28/12/2016

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

1 Indledning

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.

Denne vejledning præciserer den omhu og samvittighedsfuldhed en læge skal udvise ved behandling af en person med misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer, jf. autorisationslovens § 17¹⁾.

Vejledningen er gældende uanset, hvor lægelig behandling af stofmisbrugere 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 sundhedsloven²⁾, autorisationsloven, serviceloven³⁾, samt retssikkerhedsloven⁴⁾.

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

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

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

Den lægelige behandlingsplan indgår som en del af den samlede handleplan og skal vurderes og justeres efter behov.

De enkelte behandlingsforløb bør tilpasses de lokale samarbejdsmuligheder mellem kommunerne, almen praksis og det specialiserede sundhedsvæsen bedst muligt.

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, 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 4 og kapitel 5.

Efter ophør med langvarig 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 kokainbrugerens profil

3.1 Administrationsmåder

Alle centralstimulerende stoffer (CSS) kan sniffes, injiceres eller spises. Ved snifning anvendes snifferør eller strå, som kan medføre læsioner af næsens slimhinder, evt. af næseskillevæggen, 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 og brugerprofiler

Indtagelsesmønsteret ved CSS adskiller sig fra indtagelsesmønsteret ved fx opiat- og alkoholmisbrug. Størstedelen af misbrugerne af CSS tager ikke stofferne hver dag. Ofte ses indtagelse af kokain og andre CSS dagligt i perioder af 3-4 dages varighed med op til flere dage, evt. ugers mellemrum – i såkaldte ”binges”.

Det hurtige skift fra eufori til nedtur fører ofte til, at CSS tages 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 opiat.

Misbrugere 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 er ikke en klar sammenhæng mellem mængden, indtagelsesmåden og alvorligheden af forgiftningen og dens forløb.

Forgiftning med CSS skyldes en voldsom adrenerg påvirkning af centralnervesystemet og hjerte-karsystemet. Tabel 1 viser en oversigt over de almindeligste symptomer ved forgiftning med CSS.

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 CSS i relation til omfanget af skadevirkningerne.

Indtagelse af CSS kan medføre skader på alle organer, såsom hjerte-kar lidelser, lidelser i luftveje, mavetarmkanalen, nervesystemet samt huden. 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.

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

Let forgiftning	Moderat forgiftning	Svær forgiftning
Kvalme og opkastning	Hyperaktivitet	Koma
Udvidede pupiller	Søvnløshed	Muskelstivhed
Mundtørhed	Konfusion	Delirium
Krampe i kæbemuskler	Forhøjet kropstemperatur	Krampeanfald
Rysten	Øget muskeltonus	Hyponatriæmi
Rastløshed	Aggression	For lavt blodtryk

Blegthed	Panikangst	Hjerterytmeforstyrrelser
Tænderskæren	Visuelle hallucinationer	Hjerneblødning
Hyperrefleksi	Hurtig vejrtrækning	Temperaturforhøjelse
Irritabilitet	For hurtig hjerterytme	Ophobning af syre i blodet
Hjertebanken	Forhøjet blodtryk	Nyresvigt
		Nedbrydning af muskelvæv
		Leverskade
		Respiratorisk distresssyndrom
		Dissemineret intravaskulær koagulation

Tabel 2 viser i oversigtsform de hyppigste somatiske komplikationer ved indtagelse af CSS. Nogle af disse komplikationer uddybes efterfølgende i dette kapitel.

5.1 Hjerte-kar komplikationer

Den adrenerge virkning af CSS viser sig ved øget hjerterefrekvens, forhøjet blodtryk, sammentrækning af blodkar og øget tendens til blodpropper.

CSS indtagelse giver risiko for de fleste former for iskæmiske hjerte-kar-lidelser inklusiv hjerterytmeforstyrrelser. Ved allerede eksisterende hjertesygdomme eller anden risikofaktor, forøges risikoen yderligere.

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

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

Læger skal ved forekomst af atypiske brystmerter hos især yngre personer være 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 hjerte-kar symptomer hos en tidligere rask yngre patient skal CSS indtagelse overvejes.

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

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

CSS kan medføre tarmbetændelse med symptomer i form af diffuse eller lokaliserede mavesmerter, blødning fra endetarm og i svære tilfælde koldbrand og perforation af tarmen. Dissekerende aortaaneurisme og nyresvigt kan også være forårsaget af indtagelse af CSS.

5.2 Neurologiske komplikationer

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

Sygdomsmekanismen ved apopleksi er ikke fuldt klarlagt, men den vigtigste årsag til iskæmisk apopleksi er formentlig kokains karsammentrækkende egenskab, men også en forøget sammenklumpning af blodplader kan spille en rolle.

Blodpropper, blodprop i hjernen og hjerneblødning ses efter indtagelse af CSS. Kokain kan give anledning til betændelseslignende tilstande i hjernens kar, hvilket kan føre til henfald og brist af karvæggen med blødning til følge. Også kokaininduceret forhøjet blodtryk kan medvirke til apopleksi.

Brug af kokain og andre CSS er særlig risikofyldt hos personer med blodkaranomalier i hjernen.

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

Hjernesvind kan ses efter længere tids indtagelse af CSS.

5.3 Næse-svælg komplikationer

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

5.4 Luftvejs komplikationer

Inhalation (rygning) af kokain (crack, freebase) er forbundet med talrige åndedrætsproblemer. Hoste, åndenød og blodigt opspyt ses ofte i tilslutning til inhalationen. Sammenklappet lunge kan forekomme, og det ses ofte i tilslutning til en Valsalva-manøvre, som bevirker en voldsom stigning af trykket i lungevævet, og som kokainbrugeren anvender for at øge stoffets effekt. Ved overdosis/forgiftning kan ses omfattende destruktion og blødning i luftveje og lungevæv. Begrebet ”crack lung” betegner et akut åndedrætssyndrom opstået efter inhalation af crack eller freebase og viser sig ved feber, hoste, åndedrætsproblemer og kraftige brystmerter.

Tabel 2: Hyppigste somatiske komplikationer ved indtagelse af centralstimulerende stoffer

Hjerte-kar komplikationer	Blodprop i hjertet
	Hjerterytmeforstyrrelser
	Forstørret hjerte
	Aortadissektion
	Nyresvigt
	Tarmiskæmi
Neurologiske komplikationer	Hovedpine
	Apopleksi
	Kramper
Næse-svælg komplikationer	Læsioner af næseskillevæg
	Infektioner i næse og bihuler
Luftvejs komplikationer	Bronchospasme
	Hæmoptyse
	Sammenklapning af lunge
	Crack lung

Infektioner	HIV, HBV og HCV Bakterielle infektioner (lokal absces, endocarditis, lungesygdomme, sepsis)
Komplikationer i huden	Dermatitis, sekundær bakteriel infektion
Graviditets- og fødselskomplikationer	Maternelle: Forhøjet blodtryk, for hurtig hjerterytme (eklampsi) Spontan abort Foster: Væksthæmning Misdannelser Neonatal abstinenssyndrom Sygelighed hos foster og den nyfødte

5.5 Infektioner

For så vidt angår 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 om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling⁷⁾

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 Hud komplikationer

I forbindelse med kokainindtagelse ses hyppigt hudkløe, evt. vrangforestillinger om fremmedlegemer under huden, ofte betegnet ”kokainfnidder”, 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 forhøjet blodtryk (svangerskabsforgiftning) og for hurtig hjerterytme.

Den adrenerge virkning af CSS på centralnervesystemet og hjerte-kar systemet giver en høj risiko for graviditetskomplikationer, fx

- spontan abort
- løsning af moderkagen
- graviditets associeret forhøjet blodtryk
- for tidlig fødsel
- for tidlig vandafgang

Generelt indebærer alle CSS en risiko for vækstretrædering af fostret, neonatal abstinenssyndrom og øget sygelighed hos foster og den nyfødte.

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. Der er familieambulatorier i alle regioner.

I øvrigt henvises til Sundhedsstyrelsens vejledning om etablering af familieambulatorier⁸⁾, Sundhedsstyrelsens "Anbefalingerne for svangreomsorgen" kapitel 5⁹⁾ og vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling, kapitel 12 og bilag 6⁷⁾.

6 Psykiatriske skadevirkninger ved indtagelse af kokain og andre centralstimulerende stoffer

Psykiatriske lidelser er hyppigere blandt CSS misbrugere 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 misbrugere. 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 vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling, kapitel 7 og bilag 4⁷⁾.

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 stofmisbrugeren har.

7.1 Udredning af misbrugstilstanden

Ved varetagelse af stofmisbrugsbehandling, uanset rusmidlets 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,
- 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,
- Udfærdige behandlingsplan, vurdere behov for henvisning til somatisk eller psykiatrisk speciallæge og behov for sociale behandlingsindsatser,
- Sikre tilbud om serologisk screening for hepatitis og HIV, herunder præ- og posttest rådgivning og vaccination.

Se endvidere kapitel 4 i vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling⁷⁾.

7.2 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.

Resultatet af urinalysen er omfattet af Sundhedslovens bestemmelser om tavshedspligt og om videregivelse og indhentning af helbredsoplysninger i forbindelse med behandling af patienter²⁾.

Vedrørende indikation, analysemetoder og anvendelse i øvrigt, se kapitel 10 og bilag 5 i vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling⁷⁾.

7.3 Principper for behandling

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

Der findes ingen specifik behandling for CSS afhængighed/misbrug, og behandlingsforløbene er ofte præget af afbud 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 kapitel 9 i vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling⁷⁾.

Vedrørende den akutte behandling af forgiftningstilstande i øvrigt henvises til vejledning om behandling 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 31. oktober 2012

ANNE METTE DONS

/ Helle Petersen

- 1) Autorisationsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 877 af 4. august 2011 om autorisation af sundhedspersoner og om sundhedsfaglig virksomhed
- 2) Sundhedsloven, jf. lovbekendtgørelse nr. 913 af 13. juli 2010
- 3) Lov om social service, jf. lovbekendtgørelse nr. 810 af 19. juli 2012
- 4) Bekendtgørelse af lov om retssikkerhed og administration på det sociale område, jf. lovbekendtgørelse nr. 656 af 15. juni 2011
- 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 nr. 42 af den 1. juli 2008 om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling
- 8) Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 49 af 30. juni 2009 om etablering af regionale familieambulatorier
- 9) Anbefalinger for Svangreomsorgen, Sundhedsstyrelsen, 2009