

Bilag 1: Tekstnære kommentarer

Guideline om lægelig behandling af børn og unge med skadeligt brug eller afhængighed af opioider.

Konkrete forslag om præcisering i guideline om lægelig behandling af børn og unge med skadeligt brug eller afhængighed af opioider:

- Lægemiddelformen "pille"/ "pilleform" anvendes ikke, og bør ændres til "tablet"/ "tabletform".
- I afsnittet om falsk medicin og risici heraf, foreslås det at medtage information om fentanyl. Illegalt fremstillet medicin indeholder ofte fentanyl, hvilket udgør en stor risiko for brugerens liv. - Det anbefales at udforme en tabel over fremgangsmåde af optrapning af buprenorphine-naloxon. Desuden bør doseringen af begge lægemiddelstoffer angives, samt at fremgangsmåden for behandling af tramadol og -oxycodon misbrug ensrettes.
- Omregning af ækvivalente doser foreslås at beskrives nærmere, og man kan med fordel henvise til tabellen fra pro.medicin.
- Guidelinen beskriver behandling af afhængighed af tramadol og oxycodon. Det foreslås, at behandling af morfinafhængighed også inkluderes.

Specifikke bemærkninger

Side 8: Husk punktum for enden af 2 og 3. afsnit.

Side 8 (og side 38): Klassificeringen af stærke og svage opioider er forældet og anvendes ikke mere. Dette gælder oxycodon så vel som tramadol. - Der er modsigende udsagn om tramadol i guideline. Dette bør ensrettes, så det er tydeligt at tramadol skaber afhængighed på lige fod med øvrige opioider.

Side 8: I forbindelse med dødsfald, ser vi ikke, at unge har en højere forekomst af blandingsmisbrug end ældre. Hvad bygger udsagnet i guidelinen på? Erfaring fra rusmiddelcentre?

Side 8: Udsagnet om, at oxycodon er stærkt virkende og giver en særlig høj grad af eufori kan synes en smule uberettiget og bør underbygges med en reference. Menes der, at graden af eufori er særlig stærk ift. alle andre opioider? Terminologien med stærkt og svagt virkende opioider, anbefales ikke længere, så overvej at slette det her.

Side 10: Lægelig behandling for stofmisbrug: Det fremgår, at *"Borgeren har krav på opstart af evt. lægelig behandling senest 14 dage efter henvendelse eller modtagelse af henvisning f.eks. fra praktiserende læge"*. Der bør fremgå, at almen praksis skal kunne henvise elektronisk til kommunen, og kommunen skal kunne modtage denne henvisning og indkalde den unge og følge op. Som det er nu, kan almen praksis ikke henvise elektronisk til behandling i kommunen. Det er yderst uhensigtsmæssigt, og den elektroniske henvisning bør sikres. I denne guide tales om en ung som misbruger af illegale stoffer, og muligheden i almen praksis er at bede dem selv henvende sig på et misbrugscenter (hvis de ikke skal henvises til hospitalsbehandling). Det er indlysende, at når samfundets behandlingstilbud af en så sårbar gruppe ligger i kommunalt regi, skal almen praksis også kunne henvise elektronisk til det, så det ikke påhviler den unge selv at henvende sig. Det skaber ikke lighed i sundhed. Selvhenvendelse bør dog også fortsat være muligt.

Side 12: Tavshedspligt: Det er vurderingen, at afsnittet omkring tavshedspligt i forhold til børn og unge under 18 år, kan forbedres. Dette er eksempelvis teksten til en ny regional vejledning på området: *"Unge*

mellem 15 og 18 år kan selv give informeret samtykke til behandling, men indehaveren af forældremyndigheden skal informeres og inddrages. Tavshedspligt for børn og unge <18 år: Forældre til børn under 18 har ret til at få videregivet den nødvendige information for at kunne varetage omsorgen for den mindreårige. Ved mistanke om skadeligt brug af rusmidler kan samtalen med den unge foretages som en split konsultation, hvor forældrene venter uden for konsultationslokalet. Tal 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. Tavshedspligt overfor forældrene kan være nødvendig, hvis der er afgørende hensyn til barnet og dets forhold til forældrene."

Side 17: Som angivet på side 35 skal der skal informeret samtykke til al lægelig behandling. Ikke kun urinscreening for rusmidler, så det er i princippet ikke nødvendigt at fremhæve det. Man kan måske endda forestille sig, at det kan forårsage berøringsangst med stofbrug, at man understreger, at der skal samtykkes til urin drug screening?

Side 18 (og side 32): Den praktiserende læge (side 18) og abstinensbehandling (side 32): Det fremgår, at "Abstinensbehandlingen kan foregå i hele perioden, indtil kommunen kan overtage behandlingen, senest 14 dage efter henvendelse" (side 18), og "Det kan være indiceret at iværksætte abstinensbehandling under indlæggelse eller i almen praksis, f.eks. i ventetiden på behandling i det kommunale rusmiddelcenter, jf. behandlingsgaranti på 14 dage" (side 32). Det er vurderingen, at der almen praksis kan være modstand og/eller modstræbenhed mod at påtage sig at iværksætte abstinensbehandling hos unge med misbrug af illegale rusmidler. Til de alment praktiserende læger, som har mod på at påtage sig at iværksætte abstinensbehandling, kan det med fordel overvejes at tilføje en opfordring til at søge faglig sparring, så doser og stofgrupper, der evt. udskrives, er optimale. Eksempelvis: "Den praktiserende læge bør sikre, at abstinensbehandlingen er sufficient og søge faglig sparring ved tvivl, så den bedst mulig abstinensbehandling sikres, indtil et rusmiddelcenter kan overtage behandling".

Side 23: Parakliniske undersøgelser: Der bør tilføjes, at det individuelt skal vurderes, om der er behov for parakliniske undersøgelser. Kortlægning af organpåvirkning af et pågående misbrug eller screening, hvis der findes samtidige psykiatriske symptomer, kan indikere, at parakliniske undersøgelser er nødvendigt. Desuden kræver behandling med f.eks. buprenorhin depot, at der er lavet forudgående paraklinisk undersøgelse i forhold til levertal, jf. medicin.dk.

Side 25: De retsmedicinske institutters retskemiske afdelinger kan foretage bred screening og verifikation af rusmidlers tilstedeværelse i urin. Det kunne være relevant at oplyse i afsnittet om, at der bør foretages konfirmatorisk analyse.

Side 26: Lægelig behandlingsplan: I sidste punkt vedr. naloxon næsespray bør det tilføjes, at modgift kan give et indtryk til den unge om, at de er beskyttede, hvis de har denne på sig. Som læge bør man tilstræbe en god behandlingsalliance og være meget tydelig om, at denne modgift kan give en falsk tryghed, som kan medføre, at de unge tager for meget, fordi de tror, de er beskyttede mod overdosis ved at have den på sig. Det kan måske med fordel gøres klart, at de, som risikerer at tage eller har taget en overdosis, ikke forventes selv at kunne anvende næsesprayen, hvorfor det er mindst lige så vigtigt, at pårørende instrueres.

Side 28: Reference 26 mangler

Side 28: Tværfaglig rusmiddelbehandling: Vedr. sidste afsnit, sidste sætning vedr. frivillighed: Det er som udgangspunkt altid frivillig behandling, medmindre den unge har en UKN-dom som retsligt påbyder dem at modtage behandling.

Side 31: Dobbeldiagnose: Det fremgår, at "Unge over 18 år med moderat til svær psykisk lidelse, rusmiddelbrug og nedsat funktionsniveau er fra 1. juli 2025 omfattet af det integrerede dobbeldiagnosetilbud i regionspsykiatrien". Dette bør rettes til 1. september 2024. 1. juli 2025 henviser kun til det tidspunkt, hvor der kan henvises fra eksterne samarbejdspartnere.

Side 32: Er det dokumenteret, at doserne af buprenorfin skal være lavere ved tramadolbrug? Kan man ikke tage højere doser af tramadol for at opnå en effekt på linje med oxycodons effekt? Hvis det er dokumenteret, mangler der en reference. Hvis der ikke er en reference, kunne der stå, at det er baseret på klinisk erfaring.

Side 32: 0,4 mg-2mg buprenorfin: Evt. for at gøre det helt ordentligt, specificer administrationsvej. F.eks. "0,4 mg-2 mg sublingualt".

Side 32: 0,4 mg - 2 mg buprenorfin ved tramadolbrug: er det altid uden naloxon, når man behandler tramadolafhængighed?

Side 33: Vejledningen om 0,2-0,4 mg buprenorfin hhv 2 mg buprenorfin-naloxon kan være svær at forstå. Hvornår skal man brug hvilke doser?

Side 33: For overskueligheds skyld, kunne man sætte det op i et skema, så det er mere overskueligt (én kolonne for tramadol, én kolonne for oxycontin)? Som det står nu, kan det være svært at danne sig et klart overblik som almen praktiserende læge, der evt. skal behandle akutte abstinenser.

Side 33: Er der kilder på denne dosis til børn eller er det ud fra erfaring?

Side 34: Der står angivet, at substitutionsbehandling har en dokumenteret positiv effekt på nedsat sygelighed og dødelighed hos voksne med afhængighed. Evt. kilde?

Side 36: Hvad bygger udsagnet om, at unge kan stabilisere sig hurtigt på medicinsk behandling, på? De næste afsnit tyder på god effekt af længerevarende vs. korterevarende behandling.

Side 37: Afsnittet om sikker opbevaring af medicin. Hvad menes der med substitutions- og abstinensmedicin? Opioider er omfattet af lov om euforiserende stoffer, som beskriver, hvordan medicin omfattet af denne lovgivning skal opbevares. Det foreslås at bruge den forklaring for specielle opbevaringsforhold frem for argumentet om at det er risikomedicin.

Side 38: Er det dokumenteret, at oxycodon og tramadol er mest anvendt? Der mangler en reference.

Side 38: Sætningen: " Man har tidligere opfattet tramadol som et svagt opioid, men tramadol skaber afhængighed på linje med andre opioider". Senere i guideline anføres det, at den giver en mindre grad af afhængighed. Se kommentarer s. 47, 48 og 52. Det bør nok beskrives her med referencer, hvad man kan forvente ift. afhængighed. Er det mere, det samme eller mindre? Hvorfra stammer forventningen om mindre afhængighed af tramadol?

Side 40: Vi ser ikke så mange buprenorfinforgiftninger i Danmark, men det ses i Finland. Dødsfald er formentligt koblet til tilgængeligheden af de enkelte stoffer. Har vi reelt dokumentation for, at buprenorfin er signifikant bedre end methadon?

Side 40: Ift. valg af præparat: Ved vi at buprenorfin er metadon overlegen, når det gælder børn og unge? Hvad siger erfaring eller forskning på dette område? Hvilket præparat er der mest erfaring med hos børn nationalt og internationalt?

Side 41: Foreslår at forklare mere tydeligt, hvorfor methadon ikke er velegnet til akut abstinensbehandling.

Side 42: Danmark nævnes to gange/dobbeltkonfekt i sætningen "*I Danmark er det kun den perorale formulering til daglig dosering, som er godkendt til brug i Danmark.*"

Side 44: Grundig information om behandlingen gælder vel også on-label behandling? Men man skal selvfølgelig også informere om, at det er off-label, når det er tilfældet.

Side 45/46: Om at 8 mg buprenorphin ikke river effektiv receptorblokade og at doser over 16 ikke giver øget blokade. Dette formodes at være hos voksne? Dette kan dog godt angives eksplicit, så der ikke er tvivl.

Side 46: Som før påpeget – hvad bygger antydningen af, at man bliver mindre afhængig af tramadol, på?

Side 47: Som angivet ovenfor bør administrationsvej angives, når man skriver en behandlingsvejledning. Dvs. ved resoribletter "resoribletter buprenorphin 2 mg x 1 sublingualt".

Side 47 nederst: Sætningen "Unge med kortere anamnese og mindre grad af afhængighed, f.eks. ved misbrug af tramadol". Der bør angives en reference som dokumenterer, at der er mindre afhængighed ved misbrug af tramadol samt hvad denne sætning bygger på: "**ofte** have et mindre behov"? Alternativt, at det er klinisk erfaret.

Side 48: Sætningen: " 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." Samme kommentar som ovenfor.

Side 48: d.o. Eksemplet er fint. Foreslår et tilsvarende eksempel med oxycodon.

Side 49: Det formodes at denne tabel er udarbejdet til voksne. Evt. en sætning om at det er til voksne men at klinisk erfaring (?) tyder på at princippet vil være ens for børn og unge over xx år.

Side 52: Sætningen " Det er uklart, om det også gælder de unge med kort anamnese og begrænset afhængighed, f.eks. ved brug af tramadol, hvor den unge måske kan trappes ud over kortere tid." Samme kommentar som ovenfor omkring afhængighed ved tramadol.

Side 57: "forholdsvis lavt forbrug af tramadol" overvej at omformulere til eksempelvis "lavt forbrug af opioider".