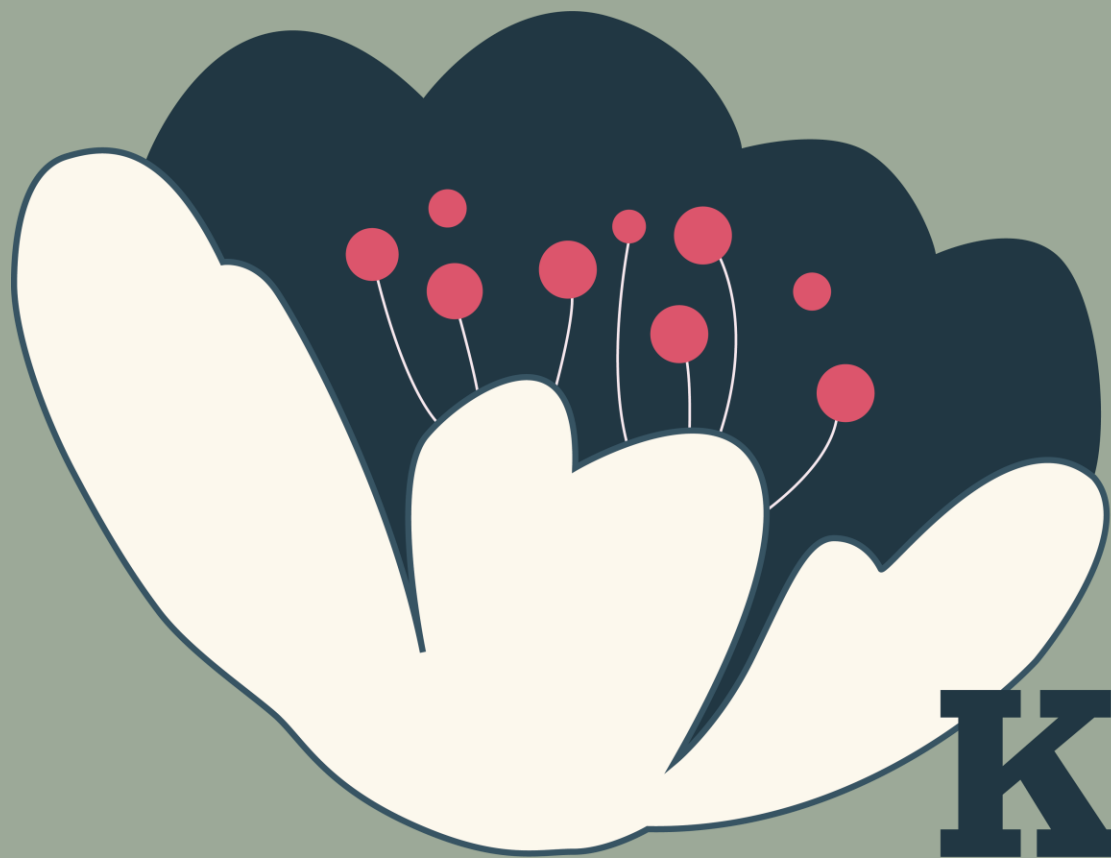




KABS

RUSMIDDELBEHANDLING

Socialt udsatte og palliation

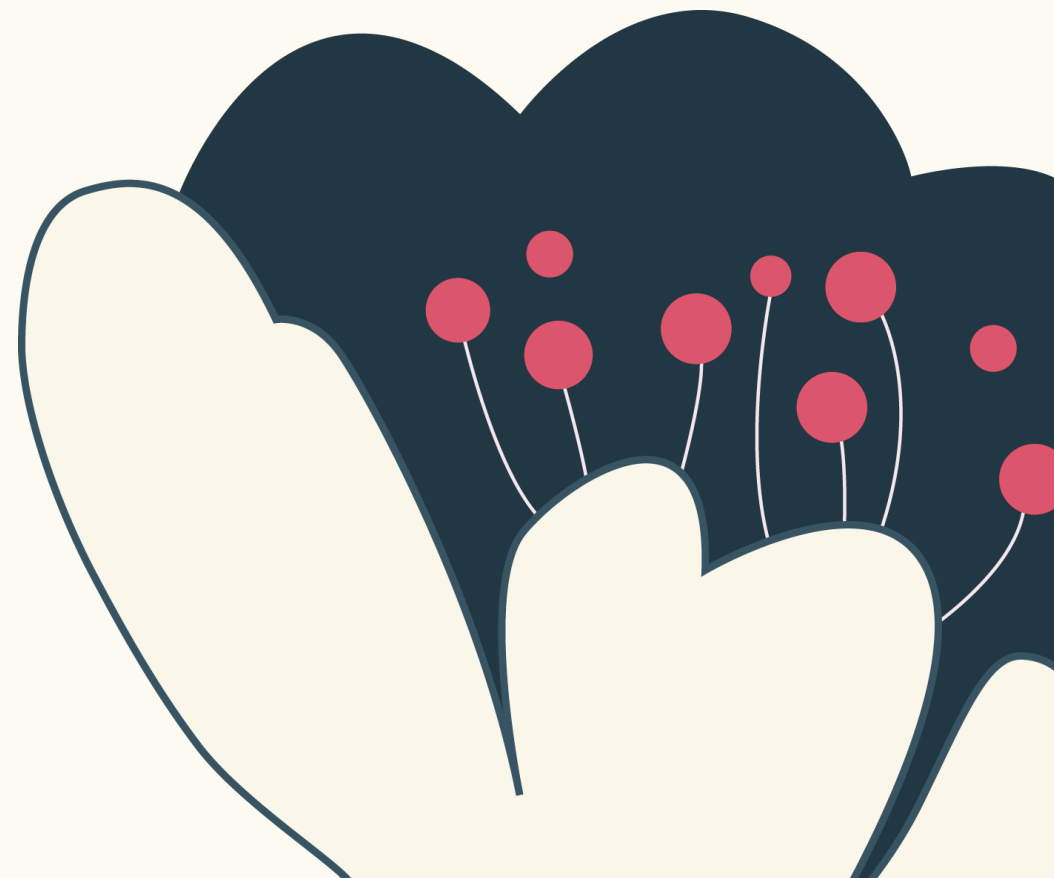
Temadag, Fagligt Selskab for Palliationssygeplejersker, 4. juni 2026

Rusmiddelbehandling med fokus på palliative tiltag

Ved

Sygeplejerske Rie Jonassen, KABS Gentofte

Læge Christian Vestergaard, KABS Gentofte



Eftermiddagens program

- KABS – introduktion til os og rusmiddelbehandling
- Case

PAUSE – 15 min

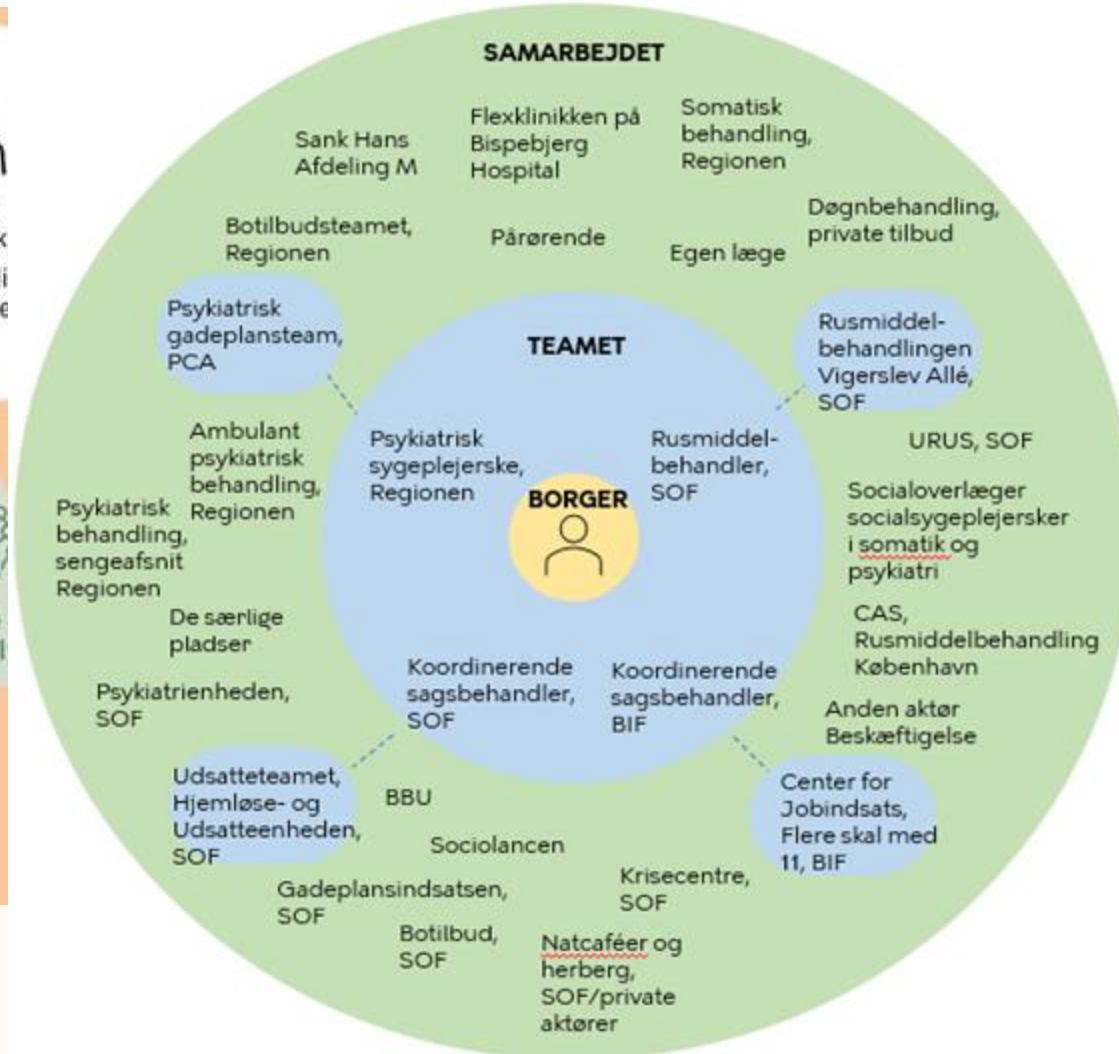
- Opfølgning på case og drøftelser på baggrund af det
- Afhængighed, medicinske behandlingstilbud, smertebehandling, andre behandlingstiltag

KABS – kommunal rusmiddelbehandling



- Glostrup Kommune
- 4 centre:
 - Hvidovre: ordinær opioidsstitution og substitution med heroin
 - Gentofte: opioidsstitution, alkoholbehandling og udkørende team
 - Valby: alkoholbehandling, børn og unge voksne
 - Glostrup (KASA): dobbeltdiagnose (tungtvejende psykiatri og rusmiddelafhængighed)
- Servicelov §101, §141 og §142

Organisering og samarbejde



Hvad og hvordan behandler vi?

- Borgere med ønske om ændring af rusmiddelindtag
 - Alkohol, opioider, hash/stimulantia, (lægemidler)
- Afdækning af forbrug, afhængighed, fysisk-psykisk-sociale komorbiditeter og behandlingsplan
- Behandling skal bestå af samtaler med behandler...
 - ... og kan bestå af medicin, gruppebehandling, pårørende"behandling", varetagelse/videregivelse af behandling

Case



46-årig mand, indskrevet i rusmiddelbehandling siden 2001.

Vokset op i et kaotisk hjem med mange rusmiddelproblematikker.

Skolegang til 7. klasse.

Startet daglig brug af hash som 8-årig og fra 12-årsalderen haft dagligt injektionsmisbrug af heroin, kokain og benzodiazepiner.

Siden 20-årsalderen været vekslende misbrugende og gået fra hjemløs til egen bolig.

Har været i Metadon- og Rivotrilbehandling i hele indskrivningsperioden.

Af flere omgange forsøgt nedtrappet hvilket har resulteret i illegalt indtag af opioid og benzodiazepin.

I foråret 2025, konstateret lungecancer og sættes i behandling herfor.

Aktuel rusmiddelstatus:

Er i stabil behandling med tbl. metadon 200mg/dgl., rivotril og nitrazepam i høje doser.

Bor i egen lejlighed og modtager førtidspension.

Case

Fordomme som kan være på spil

- Stofbrugere lever risikovillige liv og frygter derfor ikke døden.
- Stofbrugere opgiver håbet nemmere.
- Stofbrugere vil bare gerne have mere medicin.
- Stofbrugere orienterer sig ikke om nyeste behandling.
- Stofbrugere har ikke et ønske om at gøre behandling bedre for den næste.

Case

Hvad er i virkeligheden gældende for ham

- Han gør sig mange tanker om døden og er bange for at skulle herfra.
- Han har, siden han fik konstateret cancer været enormt insisterende på at skulle leve livet. Da canceren spredte sig til lever og knogler og der ikke blev tilbudt yderligere behandling, blev han stædigt ved med at opsøge muligheder.
- Han underrapporterede smerteudbrud af frygt for at få så meget medicin, at han vil blive for sederet til at leve et så normalt liv som muligt.
- Han har under hele forløbet orienteret sig i nyeste behandlingsmuligheder og forsøg. Selvstændigt skrevet til forsøgsansvarlige i håb om at blive taget i betragtning. I samarbejde med egen læge, været nysgerrig på inklusions- og eksklusionskriterier og været villig til at få omlagt metadon til anden substitutionsmedicin.
- Han drives af at kunne være med at forbedre behandling for de kommende cancerpatienter.

Case



Hvad ser vi?

- Han er meget afvisende for palliativteam, da han oplever det som at opgive.
- Trods sygdomsstatus, fremstår han uden så mange bivirkninger og lever et uforandret liv.
- Generelt er vores erfaring, at borgere i rusmiddelbehandling får senere debut med gener og derfor sent bliver udredt, selvom de i virkeligheden ses af sundhedspersonaler meget mere.

Case



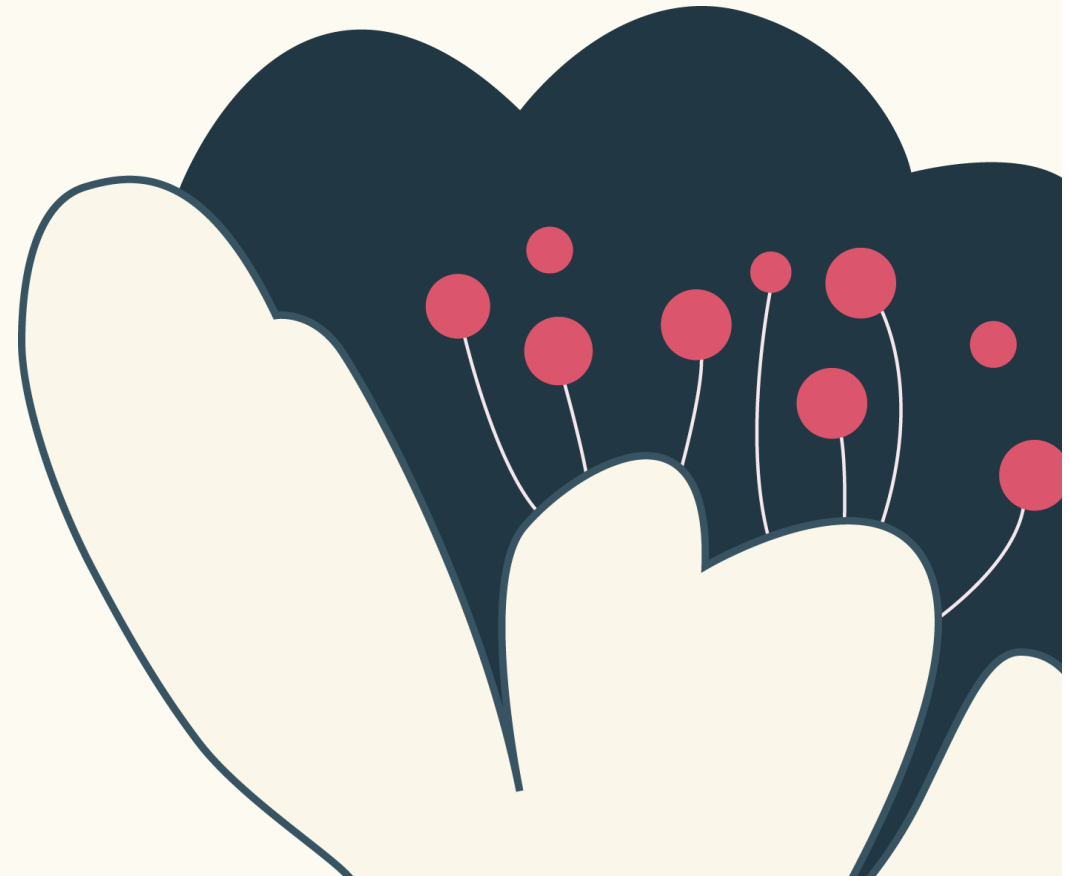
- Brugerne har også fordomme ift. hospitalsvæsenet. De har tidligere ikke følt sig mødt eller hørt hos egen læge og hospital og har derfor manglende tillid til systemet.
- Derfor kan det afhjælpe modstand, at invitere deres behandlere/rusmiddellæger med ind i samtalerne om palliativ behandling.

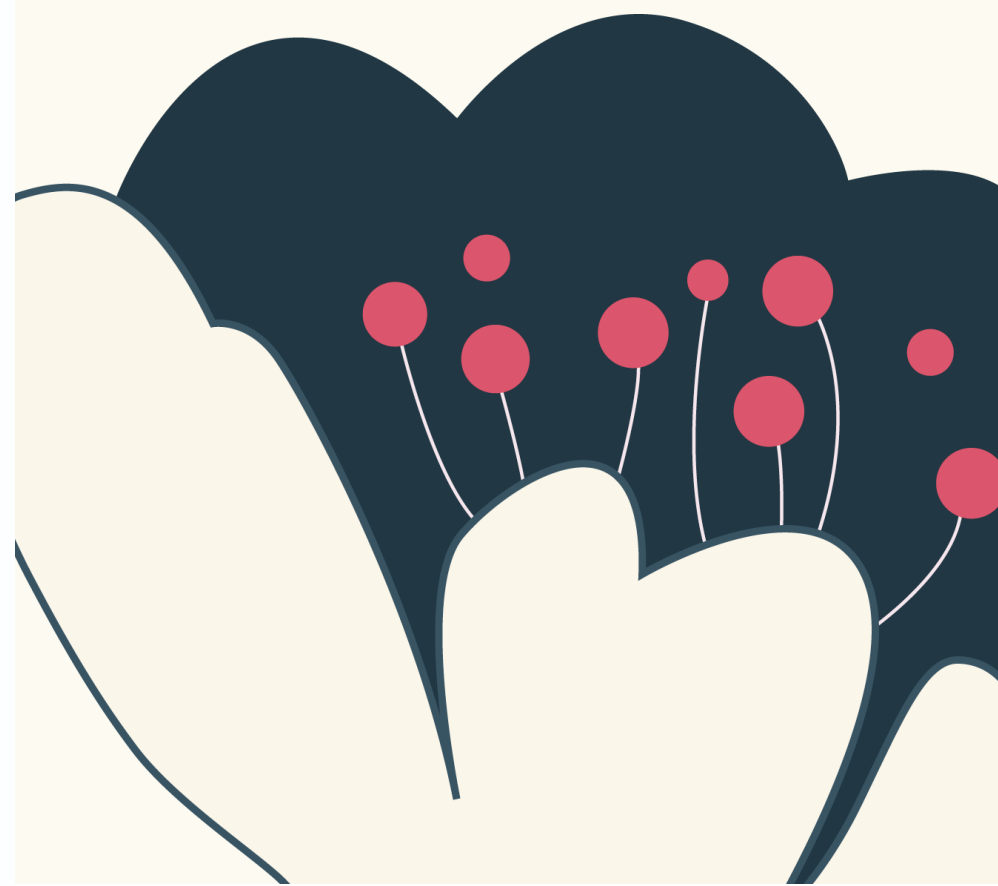
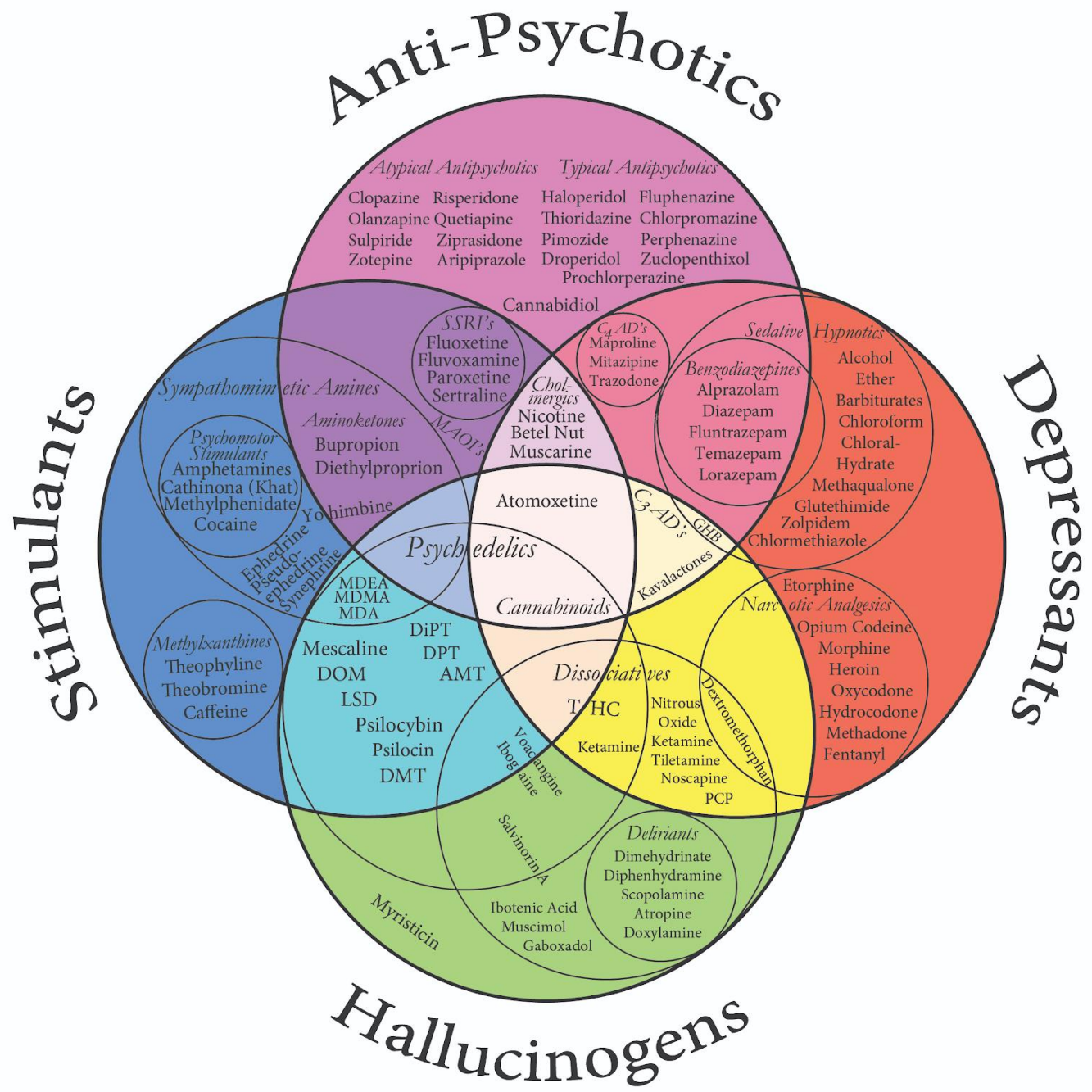
Case

Hvordan kan vi samarbejde?

- Helt overordnet, vil vi meget gerne samarbejde omkring borgerne. Vi deltager gerne til samtaler, vejleder i smertebehandling og i det omfang, det giver mening, ændrer i substitutionsmedicinen.
- I denne case er borgeren godkendt til at deltage i et lægemiddelforsøg. Men det nye cancermedicin kan give forlænget QTc, hvorfor han har samtaler med en af vores læger omkring konvertering til et lægemiddel uden risiko for QTc forlængelse.

PAUSE





Afhængighed

- Stoftrang
- Kontroltab
- Abstinenssymptomer
- Toleranceudvikling (må have mere af stoffet for at opnå samme virkning som før)
- Indskrænkning af øvrige interesser
- Vedvarende brug trods skadelige/uheldige følge

Forbrug → overforbrug/misbrug → afhængighed

Rekreativt (have det sjovt) - flugt (få det dårlige til at gå væk)

Medicin, opioid



- Metadon
 - Lang halveringstid, dækker smerter, hæmmer resp., svær nedtrapning
- Buprenorphin
 - Lang halveringstid, mindre smertedækker, hæmmer ikke resp., blokerer for andre opioider(!), "nemmere" nedtrapning, kan fås som depotbehandling
- Depotmorfin
 - Kort halveringstid, dårlig behandling af afhængighed, men kan være nødvendigt ved komorbiditeter (fx QTc-forlængelse)

Medicin, alkohol

- Risolid/Klopoxid
 - Abstinensbehandling, 3-10 dage, daglig vurdering af abstinenser og tilretning af dosis
- Trangreducerende behandling
 - Campral, Naltrexon, Nalmefen – virker ift. belønning / trang
- Antabus
 - Frygt-baseret behandling – ikke optimalt
- B-vitaminer
- ... andre mangeltilstande?

Smertebehandling



- Fast opioidbehandling dækker IKKE akutte smerter. Princippet er derfor, at den vanlige substitutionsbehandling fortsætter og at der suppleres med opioid-smertebehandling.
- Personer med fast opioidbrug udvikler tolerans for opioiders smertestillende virkning.
- Ulindrede smerter hos stofbrugere kan medføre stoftrang, konflikter og afbrydelse af indlæggelse og behandling
- Hvis en patient både har akutte smerter og opioidabstinenser samtidig, bør behandlingen i første omgang rette sig mod smerterne. Der anvendes typisk morfin/depotmorfin på begge indikationer
- FMK: dosis af substitutionsbehandling bør fremgå af FMK. Erfaringsmæssigt er FMK ikke altid retvisende ift. patientens faktiske opioidindtag og afspejler således ikke altid patientens opioidtolerance.

Smertebehandling

- Den vanlige faste ordinerede opioiddosis fortsættes og holdes så at sige ude af regnskabet.
- Non-opioid-smertemedicin og ikke-medicinsk smertebehandling (lejring, køling m.m.) udnyttes fuldt
- Uanset hvilken type opioid, patienten anvender fast, bruges morfin til opioid-behandling af akutte smerter (dvs. almindelig hurtigvirkende morfin).
- Inddrag anæstesi, smertecenter/-specialist, rusmiddelcenter, eller:

Nationalt Kompetencecenter for abstinens- og substitutionsbehandling (NKSA)

Telefon: 38 69 90 90

Åbningstid: Hverdage kl. 8.00–15.30

<https://www.bispebjerghospital.dk/nksa/sider/default.aspx>

Smertebehandling

Fast opioid-døgn-dosis i mg (substitution eller kronisk smertebehandling)					
metadon	< 40	40-80	80-120	120-160	>160
depot-morfin	< 120	120-140	240-360	360-480	>480
<u>buprenorfin</u>	4	4-8	8-12	12-16	>16
pn-dosis i mg					
morfin <u>tbl</u>	10-15 x 4	15-30 x 4	30-45 x 4	45-60 x 6*	60-90 x 6*
morfin <u>inj</u> (iv/im(sc))	2,5-5 x 6	5-10 x 6	10-15 x 6	15-20 x 8*	20-30 x 8*
Evt. supplerende depotmorfin i mg (ved forventet behov i mere end få dage)					
depot-morfin	30 mg x 2	60 mg x 2	60 mg x 3	90 mg x 3	

*) Anbefales at rekvirere smertetilsyn

<https://dok.regionsjaelland.dk/view.aspx?DokID=654421>

Anden behandling

- Typisk samtaleterapi via rusmiddelbehandler
 - Gruppeterapi, pårørende grupper
 - Psykolog
 - Kropsterapi, NADA, musikterapi...
 - Socialfaglig indsats
-
- Virker det?

Meget stor variation mellem tilbud, meget lidt data

