

Ministeriet for Sundhed og Forebyggelse
Holbergsgade 6
1057 København K

Sendt per e-mail

Redegørelse vedrørende fordele og ulemper ved at udvide ordningen med lægeordineret heroin med lægeordineret kokain

9. september 2013

Regeringen er blevet pålagt at udarbejde en redegørelse senest den 1. oktober 2013 til Folketinget om fordele og ulemper ved at udvide ordningen med lægeordineret heroin med lægeordineret kokain, herunder hvordan en sådan ordning kan indføres i praksis (beslutningsforslag nr. **B 24** Folketinget 2012-13)

Sagsnr. 5-6410-33/1/

Reference HJO

T 7222 7522

E eft@sst.dk

Baggrund

Antallet af stofmisbrugere i Danmark er ca. 33.000, heraf er 10.900 udelukkende hashmisbrugere (Narkosituationen i DK, 2012). I de senere år har populationen af stofmisbrugere i behandling forandret sig. Der ses både en absolut og relativ nedgang i de stofmisbrugere, der søger behandling for misbrug af opioider/heroin, samtidig med at flere og flere søger behandling for misbrug af hash og centralstimulerende stoffer, herunder kokain.

Det eksakte antal, der er afhængige/misbrugere af kokain, kendes ikke. Data fra SUSY 2010 viser, at 2,5 % af de unge i alderen 16 – 34 år, har prøvet kokain inden for det seneste år. Blandt alle indskrevne i behandling for stofmisbrug i 2011 havde 5 % af de 5.686 indskrevne kokain som hovedstof. Data tyder på, at kokain hovedsagligt bliver brugt som supplement til andre stoffer.

De fleste personer med et kokainmisbrug oplever alvorlige psykiske og sociale konsekvenser efter kort tids brug, og mange bliver med tiden paranoide, isolerede og deprimerede, og ødelægger forholdet til familie og venner. Kokain indtages ofte sammen med alkohol, men også sammen med andre centralstimulerende stoffer, cannabis, benzodiazepiner og opiater. De beroligende stoffer indtages ofte for at undgå den rastløshed og angst, der følger med kokainmisbruket. Herved opstår et blandingsmisbrug oven i det allerede eksisterende kokainmisbrug.

Formålet med substitutionsbehandling er sædvanligvis at forebygge en forværing af patienternes helbredstilstand og på længere sigt at opnå en forbedring af patienternes livskvalitet såvel helbredsmæssigt som socialt. En forudsætning for at substitution kan lade sig gøre er, at der findes et egnet lægemiddel, der kan sættes i stedet for det illegale stof og som giver færre negative virkninger end det illegale stof.

Brugen af kokain

Indtagelsesmønsteret ved kokain adskiller sig fra indtagelsesmønsteret ved fx opioid- og alkoholmisbrug. Størstedelen af misbrugerne af kokain tager ikke

Sundhedsstyrelsen
Axel Heides Gade 1
2300 København S
Denmark

T +45 72 22 74 00

E ssst@sst.dk

www.sst.dk

stofferne hver dag. Ofte ses indtagelse af kokain dagligt i perioder af 3-4 dages varighed med op til flere dage, evt. ugers mellemrum.

Det hurtige skift fra eufori til nedtur fører ofte til, at kokain tages flere gange efter hinanden, hvorved forgiftningsrisikoen øges.

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

Kokain findes i to former, hydroklorid (hvidt pulver), som indtages intranasalt (snifning) eller intravenøst (injektion) og en basisk form (klumper eller flager), der fremkommer ved tilsætning af ammoniak eller natriumbikarbonat til koka-inhydroklorid og som indtages ved inhalation (rygning), såkaldt crack og free-base.

Om kokain

Kokain tilhører gruppen af centralstimulerende stoffer, der også omfatter blandt andet amfetaminer, ecstasy og khatinon (khat). Stofferne har en forholdsvis ensartet farmakologiske virkningsmekanisme. Lægemidlet methylphenidat (Ritalin) har en lignende virkningsmekanisme. Kokain er blandt de mest afhængighedsskabende rusmidler, der findes.

Kokain 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 kokain vil den stimulerende effekt ofte blive afløst af en hæmmende effekt på psykiske og fysiske funktioner. Hos kroniske koka-inbrugere ses typisk ekstrem træthed, søvnforstyrrelser, spiseforstyrrelser, vægttab, ernæringsmangler, muskelsmerter, hudproblemer, forstemthed, nedsat seksualdrift samt de mere specifikke somatiske og psykiatriske sygdomstilstande.

Efter ophør med langvarig og/eller intens indtagelse af kokain 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 og kognitive ændringer (hukommelse, koncentration), samt fysiske uspecifikke symptomer (svedeture, rystelser, diffuse smerter mv.).

Brug af kokain fører til både fysiske, herunder neurologiske, og psykiatriske skader.

Virkninger og bivirkninger vil være de samme for illegalt erhvervet stof som for et eventuelt lægemiddel med kokain.

Fysiske skadevirkninger ved indtagelse af kokain

Indtagelse af kokain kan medføre skader på alle kroppens organer, og kan give fx hjerte-kar sygdomme, sygdomme i luftveje, i mavetarmkanalen, i nervesystemet og i huden. Ved graviditet er der risiko for obstetriske komplikationer og fosterskade.

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

De hyppigste neurologiske komplikationer forbundet med kokainindtagelse er hovedpine, apopleksi og kramper. Kokain kan give anledning til betændelseslignende tilstande i hjernens kar, hvilket kan føre til hinfald og brist af karvæggen med blødning til følge. Hos både førstegangsbbrugere og ved kronisk brug ses kramper, ofte generaliserede og af tonisk-klonisk art. Hjernesvind kan ses efter længere tids indtagelse.

Psykiatriske skadevirkninger ved indtagelse af kokain og andre centralstimulerende stoffer

Psykiatriske lidelser er hyppigere blandt misbrugere end blandt befolkningen generelt, og brug af kokain 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.

Som ved de fysiske skadevirkninger af kokain, er der ikke en klar sammenhæng mellem indtaget mængde, kemisk form, administrationsmåde eller indtageshyppighed 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 vrangforestillinger, primært i form af forfølgelsesforestillinger. Langvarig kokainindtagelse medfører stor risiko for udvikling af længerevarende paranoide psykoser.

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

Der er en høj forekomst af depression blandt kokainmisbrugere. Depression er blandt andet en følge af misbruget og er specielt knyttet til abstinensstanden, samt til de psykiske og social komplikationer hertil. Selvmordsrisikoen er høj. Det er primært den svære depression, der opstår ved forsøg på afvænnning, der får kokainmisbrugeren til at falde tilbage i det tidligere misbrug for at slippe for den pinefulde tilstand.

Forgiftninger med kokain

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

Der findes ingen modgift mod kokain, som der findes mod opioider. Behandlingen af kokainforgiftning er symptomatisk, dvs. at den skal rette sig mod de symptomer, som forgiftningen i den konkrete situation afstedkommer.

Behandling af kokainafhængighed/misbrug

Når man holder op med at tage euforiserende stoffer, får man abstinenser. Misbrugere af opioider, herunder heroin, kan få behandlet abstinenserne med lægemidler, der påvirker de samme receptorer i hjernen, som det illegale stof, såkaldt substitutionsbehandling. Substitution kan ske med lægemidler som fx buprenorphin, methadon eller heroin. Abstinenser efter misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer kan ikke behandles på samme måde som abstinenser efter opioidmisbrug. Medicinsk fremstillede stoffer til påvirkning af de relevante receptorer i hjernen ville have samme alvorlige skadevirkninger som de illegale stoffer. I stedet skal misbrugeren have behandlet abstinenserne med beroligende medicin som benzodiazepiner eller Fenemal i høje doser. Denne behandling gør at misbrugeren lettere kan holde abstinenserne ud. Hvis misbrugeren er blevet deprimeret, på grund af kokainmisbruget, kan medicin mod depression hjælpe.

Misbrugere er meget forskellige, hvilket der bør tages højde for ved behandlingstilrettelæggelsen. Behandlingsforløbene er ofte præget af afbrud og tilbagefald. Ofte indgår misbrug af kokain som nævnt i et blandingsmisbrug, hvilket der skal tages højde for i den samlede 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.

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.

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

Ulemper ved brug af lægeordineret kokain som behandling for afhængighed/misbrug af kokain

Kokain har som ovenfor beskrevet en lang række alvorlige bivirkninger, idet brug af kokain kan medføre skader på alle organer, og give hjerte-kar lidelser, lidelser i luftveje, mavetarmkanalen, nervesystemet og huden samt psykoser, angst og depression. Ved graviditet er der risiko for obstetriske komplikationer og fosterskade. Kokain er derfor ikke egnet som lægemiddel, og det findes da heller ikke på markedet i hverken EU eller resten af verden (udover som tilsætning i meget svag koncentration til visse øjendråber).

Fordele ved brug af lægeordineret kokain som behandling for afhængighed/misbrug af kokain

Der findes ingen fordele. Lægeordineret kokain vil ikke kunne behandle afhængighed/misbrug af kokain. Der findes ingen substitutionsbehandling for afhængighed/misbrug af kokain og andre centralstimulerende stoffer. Behandlingen er primært non-medikamentel (socialfaglig og psykoterapeutisk) og der bruges kun medicin mod symptomer og komplikationer til afhængigheden/misbruget.

Konklusion

Kokainafhængighed kan ikke behandles med kokain eller andre centralstimulerende stoffer, da stofferne har en række meget alvorlige bivirkninger. Der findes i dag heller ingen anden virksom substitutionsbehandling. Den medikamentelle behandling er således alene rettet mod symptomer og komplikationer, hvilket ligeledes gælder behandlingen af abstinens tilstande. Det er derfor ikke muligt at indføre en ordning for kokainmisbrugere i lighed med den ordning, der findes for heroinmisbrugere.

Med venlig hilsen

Helle L. Johansen
Afdelingslæge