

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Giltig från: 2026-03-19

Innehållsansvar: Hans Ackerot, (hanac), Överläkare

Giltig till: 2027-03-19

Granskad av: Martin Rödholm, (marro29), Verksamhetschef

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Regional medicinsk riktlinje

Substansbrukssyndrom – cannabis, centralstimulantia och opioider

Fastställd av Hälso- och sjukvårdsutvecklingsdirektören (SSN 2023–00736), 2026-04-03.

Utarbetad av Regionalt processteam beroende i samarbete med Samordningsråd vuxenpsykiatri och barn- och ungdomspsykiatri samt Kunskapsstöd för psykisk hälsa.

Innehållsförteckning

Huvudbudskap	2
Förändringar från föregående RMR	2
Syfte	2
Definitioner	2
Bakgrund	2
Diagnos	2
Utredning vuxna	2
Behandling vuxna	3
Cannabis	4
Centralstimulantia	4
Opioider	5
Barn och unga – utredning och behandling	6
Samverkan	7
Uppföljning av tillståndet	7
Vårdnivå	8
Uppföljning av denna riktlinje	8
Innehållsansvarig	8

Referenser8

Huvudbudskap

- Allt skadligt bruk och beroende av narkotika är psykiatriska tillstånd
- Uppmärksamma bruk av narkotika genom kliniska samtal, bedömningsformulär och eventuell provtagning
- Beakta blandberoende och annan samsjuklighet och behandla psykiatriska tillstånd parallellt
- Det primära i behandlingen är att stödja individen till nedtrappning av alla substanser
- Psykologisk och psykosocial behandling bör erbjudas, till exempel återfallsprevention
- Då individ har behov av samtidig insats från både hälso- och sjukvård och socialtjänst ska SIP erbjudas

Förändringar från föregående RMR

Följande regionala medicinska riktlinjer har slagits samman:

- RMR Centralstimulantia – skadligt bruk/beroende (SSN 2023–00287)
- RMR Cannabis – skadligt bruk/beroende (SSN 2023–00286)
- RMR Opioider – skadligt bruk/beroende (SSN 2023–00288)

Syfte

Att skapa förutsättningar för god och jämlik vård i Västra Götalandsregionen. Målgrupp är individer som brukar eller är beroende av cannabis, centralstimulantia och opioider.

Definitioner

Nationellt Programområde (NPO) psykisk hälsa anser att begrepp som ska användas är ”skadligt bruk” och ”beroende”, begreppet ”missbruk” är på väg att fasas ut. Då text hänvisar till insats inom Socialtjänstlagen anges begreppet missbruk inom parentes.

Bakgrund

Se [Vård- och insatsprogrammet missbruk och beroende](#)

Diagnos

Diagnoser fastställs enligt ICD-10 och kriterier enligt DSM-5 kan användas som stöd: F11.0-F11.9 (opioider), F12.0-F12.9 (cannabis) och F14.0-F15.9 (centralstimulantia). Psykiska störningar och beteendestörningar orsakade av psykoaktiva substanser

Utredning vuxna

Utredningsförfarandet kan delas in i tre faser: (1) Uppmärksamma, (2) Basutredning och (3) Fördjupad utredning (samsjuklighet och differentialdiagnostik).

1. Uppmärksamma problematik inom alla vårdnivåer. Ställ frågan om substansbruk och använd korta screeningformulär som Drug use disorders identification test ([DUDIT](#)). Glöm inte alkohol! Använd [AUDIT](#).
2. Genomför psykiatrins basutredning (se RMR [Basutredning inom vuxenpsykiatri](#)) vilken innebär 1-2 besök bestående av klinisk intervju, standardiserad intervju (MINI eller SCID 1), skattningsskalor (AUDIT, DUDIT och Whodas 2.0), provtagning, läkarbesök, beslut om behandling och upprättande av vårdplan. Erbjud möjlighet för närstående att vara delaktiga i processen. [Beakta särskilt barnens behov](#).
3. Samsjuklighet med andra psykiatriska tillstånd är vanligt förekommande. Dessutom brukas ofta flera substanser parallellt. En fördjupad utredning består av klinisk intervju, fördjupande skattningsskalor, till exempel [DUDIT-E](#). Kartlägg och bedöm även social och psykisk funktionsnivå. Beakta risk för över- och underdiagnostik. Individer med skadligt bruk/beroende lever ofta ett utsatt liv, erbjud därför provtagning gällande blodsmitta till exempel Hepatit C och HIV. Utred behov av vaccination och behandling. Undersök eventuella sår, tandstatus och allmänt hälsotillstånd.

Provtagning

Utredning av skadligt bruk/beroende bör innefatta substansanalyser då blandberoendet är utbrett och det är väsentligt att få tydlig bild av beroendetillståndets karaktär. Det är av vikt att säkerställa att använt drogtest fångar aktuella droger varför verifierade provsvar kan övervägas. Standarddrogtest i urin ger endast utslag på opiater, varför övriga opioider såsom tramadol, oxykodon och fentanyl inte inkluderas. För att detektera ett bredare spektrum av substanser rekommenderas drogpaket i saliv. Nackdelen med salivprover är att cannabis bara finns kvar i ett till två dygn. De mindre säkra urinstickorna bör användas mer sparsamt men kan behövas om ett omedelbart svar behövs. Om patienten då medger intag behöver inget ytterligare göras men om patienten nekar får man överväga att skicka provet till laboratoriet. Överväg B-PEth för att fånga eventuellt skadligt bruk av alkohol.

Notera att ingen provtagning får ske rutinmässigt utan bör ske efter individuell bedömning och i samråd med patienten.

Behandling vuxna

Syftar till att hjälpa individen att trappa ned eller upphöra med bruk av cannabis, centralstimulantia och opioider. Fast vårdkontakt, gott bemötande och nära stöd är centralt under hela behandlingsperioden. Ohälsosamma [levnadsvanor](#) och samsjuklighet bör behandlas parallellt enligt respektive RMR.

Psykologisk och psykosocial behandling

Individen bör erbjudas psykologisk och psykosocial behandling. Initialt görs en bedömning så att insats som erbjuds motsvarar individens behov och problemets karaktär. Motiverande intervju ([MI](#)) är ofta första steget i behandling. Därefter bör kognitiv beteendeterapi ([KBT](#)) och/eller återfallsprevention ([ÅP](#)) erbjudas. I KBT arbetar individen med sitt beteende. ÅP bygger på KBT-principer och syftar till att förebygga återfall i tidigare vanor.

Cannabis

Akut intoxication

Inläggning av individ med cannabisberoende är oftast inte akut eftersom risken för allvarliga komplikationer till följd av abstinens är låg. Dock förekommer allvarliga tillstånd, som substansutlöst psykos med till exempel paranoida tankar och vanföreställningar, som kräver läkemedelsbehandling.

Abstinensbehandling

Cannabis ger oftast lindriga och okomplicerade abstinenssymtom, abstinensen kan kvarstå i sex till åtta veckor. Mildare ångestdämpande och sömngivande farmaka kan ges. Stor restriktivitet bör gälla för beroendeframkallande medel.

Läkemedelsbehandling

Någon substitutions- eller antagonistbehandling finns inte.

Graviditet och amning

Personal som möter gravida som intagit cannabis senaste året bör omgående kontakta Haga mödrabarnhälsovårdsteam (Göteborg och Södra Bohuslän) eller resursteam inom mödrabarnhälsovården (övriga regionen) och motiveras till kontakt med socialtjänst. Cannabis bör inte brukas under graviditet. Bruk av cannabis under graviditet ökar risk för tillväxthämning och prematur födelse. Det nyfödda barnet kan uppvisa skakningar, så kallad sprittighet, i sina extremiteter. Samverkan mellan behandlande läkare, ansvarig läkare inom mödravården och barnläkare bör ske. Beslut om amning sker individuellt, samråd mellan behandlande läkare och barnläkare. Se vidare under rubrik Anmälan vid oro för barn längre ner i denna rutin.

Centralstimulantia

Akut intoxication

Inläggning av individ med centralstimulantiaberoende är oftast inte akut eftersom risken för allvarliga komplikationer till följd av abstinens är låg. Vid höga doser kan en cirkulationskollaps inträffa. Vid akuta psykotiska symtom, oftast i kombination med agitation och uppvarvning, krävs vanligen heldygnsvård. Sömn och minskad oro/agitation är prioriterat behandlingsmässigt, där antipsykotiska läkemedel med sederande effekt och/eller sömnläkemedel rekommenderas. Bensodiazepiner krävs ofta i det akuta skedet.

Abstinensbehandling

Vanliga abstinenssymtom vid centralstimulantiaberoende är trötthet, nedstämdhet, ångest, motorisk oro, sömnsvårigheter. Mål för abstinensbehandling är att bryta det aktiva substansbruket, stabilisera allmäntillstånd och motivera inför fortsatta behandlingsinsatser. Det är viktigt att stödja till bra dygnsrytm och goda matrutiner. Mat- och vätskeintag är särskilt viktigt att prioritera då individen är undernärdd. Vid farmakologisk behandling av oro och sömnstörning behöver man nästan alltid beakta neuroleptikas krampröskelsänkande effekt

eftersom isolerat centralstimulantiabruk är ovanligt och det vanligen rör sig om blandmissbruk. En stor restriktivitet bör gälla för beroendeframkallande psykofarmaka.

Läkemedelsbehandling

Evidens för substitutionsbehandling vid centralstimulantiaberoende är begränsad och ingen rekommendation gällande läkemedelsbehandling finns i nuläget.

Graviditet och amning

Personal som möter gravida som intagit centralstimulantia senaste året bör omgående kontakta Haga mödrabarnhälsovårdsteam (Göteborg och Södra Bohuslän) eller resursteam inom mödrhälsovården (övriga regionen) och motiveras till kontakt med socialtjänst. Illegal centralstimulantia bör inte användas under graviditet. Amfetaminets potential att ge medfödda missbildningar, har diskuterats men ej verifierats i nyare undersökningar. Amfetaminexponerade barn kan ha dålig sugförmåga och skakighet i extremiteterna. För kokainexponerade barn beskrivs tillväxthämning och olika neurologiska symtom under nyföddhetstiden. Barn som utsätts för centralstimulantia kan riskera kognitiv påverkan i utvecklingen. Samverkan mellan behandlande läkare, ansvarig läkare inom mödravården och barnläkare inför förlossning bör ske för en tydlig vårdplanering. Beslut om amning sker individuellt, samråd mellan behandlande läkare och barnläkare. Se vidare under rubrik Anmälan vid oro för barn längre ner i denna rutin.

Opioider

Naloxon egenvård

Naloxon bör förskrivas till individer i riskzonen att överdosera opioider. Naloxon kan upphäva andningsdepression och därmed minska dödlighet. Förskrivning ska kombineras med patientutbildning. Personal eller närstående, som har kontakt med individen bör erbjudas information om förebyggande åtgärder samt träning i att hantera [naloxon](#). Individer som, vid akut andningsdepression, behandlas med naloxon bör följas upp med akutvård, rekommendation är att ambulans alltid bör tillkallas

Akut intoxikation

Vid misstanke om överdos ges 0,4 mg av antidoten naloxon, i första hand intravenöst. Detta kan upprepas 2-3 gånger med 2 minuters intervall. Om andningsdepressionen inte hävts finns sannolikt en annan förklaring; till exempel blandintoxikation med bensodiazepiner och då kan flumazenil ges. Halveringstid för naloxon är kortare än för morfin eller metadon, och därför kan administration av naloxon behöva upprepas. Ytterligare observation på sjukhus kan behövas.

Abstinensbehandling

Opioidabstinens är plågsam, men oftast ofarlig. Symtom kan mätas genom bedömningsinstrumentet Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS). Behandlingen är i första hand symtomatisk och kan oftast ske i öppen vård. Vid måttlig - svår abstinens kan heldygnsvård krävas och substitutionspreparat övervägas tillfälligt, buprenorfin är standardpreparat, för dosering var god se [läkemedelsboken](#). Mål för abstinensbehandling är att bryta det aktiva användandet av opioider, stabilisera allmäntillstånd och motivera inför fortsatta

behandlingsinsatser. Inläggning för uttrappning av opioider alternativt abstinensbehandling bör vanligen endast ske om det finns en tydlig planering efter vårdtillfället, i syfte att minska risken för överdoser p.g.a. minskad tolerans.

Läkemedelsbehandling

Erbjud stöd till nedtrappning med syfte att lindra abstinens/utsättningssyndrom och öka möjligheten att bli opioidfri. Nedtrappningsschema med långverkande opioid såsom buprenorfin behöver oftast användas. Informera om vilka abstinenssymptom som kan uppstå. Individer som är beroende av opioidanalgetika vårdas enligt [RMR Opioider vid långvarig icke-cancerrelaterad smärta](#). I de fall individen, trots upprepade försök, inte kan nå opioidfrihet bör man överväga LARO, se [RMR läkemedelsassisterad behandling vid opioidberoende \(LARO\)](#).

Graviditet och amning

Personal som möter gravida som intagit opioider senaste året bör omgående kontakta Haga mödrabarnhälsovårdsteam (Göteborg och Södra Bohuslän) eller resursteam inom mödrhälsovården (övriga regionen) och motiveras till kontakt med socialtjänst. Opioider bör användas med försiktighet under graviditet. Målsättningen är oftast läkarordinerad nedtrappning och utsättning av opioider. Långvarig användning av opioider kan ge allvarliga abstinenssymptom, inklusive andningsdepression hos det nyfödda barnet. Nyttan för mamman ska dock vägas mot risken för barnet. Kvinnor som deltar i LARO-behandling rekommenderas fortsätta med denna. Samverkan mellan behandlande läkare, ansvarig läkare inom mödravården och barnläkare inför förlossning bör ske för en tydlig vårdplanering. Beslut om amning sker individuellt, samråd mellan behandlande läkare och barnläkare. Se vidare under rubrik Anmälan vid oro för barn längre ner i denna rutin.

Barn och unga – utredning och behandling

För barn och unga under 18 år bedöms bruk av icke-förskrivna substanser alltid som skadligt, oavsett mängd och frekvens i bruket. Vårdnadshavare ska involveras men utifrån individuell bedömning kan även individer som är underåriga själva råda över sekretess och samtycke till insatser. För stöd i denna bedömning se Socialstyrelsens kunskapsstöd [“Att bedöma barns mognad för delaktighet”](#). Medicinsk bedömning och behandling ges i nära samverkan med elevhälsa/skola och socialtjänst. Riktlinjen för SIP följs.

Det är viktigt med tidiga och motiverande insatser, frågor om skadligt bruk och beroende bör ingå i varje bedömningsamtal, till exempel utifrån [AUDIT](#), [DUDIT](#) och [Ung-Dok](#). Utredning bör innefatta provtagning, var god se ovan.

[MINI KID](#) används för identifiering av eventuell psykiatrisk samsjuklighet. För personer 16 – 21 år med allvarligt beroendetillstånd och behov av heldygnsvård finns regional avdelning 363, Verksamhetsområde Beroende/Sahlgrenska Universitetssjukhuset.

Behandling bör alltid föregås av en bedömning av den unges mognadsnivå och problematik. Vid substansbruk bör man erbjuda Motivational Enhancement Therapy ([MET](#)), en motivationshöjande behandling i kombination med kognitiv beteendeterapi (KBT). Problematik

inom flera livsområden tas om hand samtidigt och insatserna integreras. Ett exempel på integrerad insats är adolescent community reinforcement approach ([ACRA](#)).

Samverkan

Då individen har behov av insats från både sjukvård och socialtjänst ska en samordnad individuell plan ([SIP](#)) erbjudas. Integrerad behandling, till exempel case management, rekommenderas. Insatser för familjen, till exempel Community Reinforcement And Family Training (CRAFT,) kan ges i samverkan med socialtjänst. Vid svag anknytning till arbetsmarknaden rekommenderas samverkan via SIP /utökad SIP dit andra huvudmän kan bjudas in, till exempel inför planering av Individual Placement and Support ([IPS](#)). Kontakt med civilsamhällets brukarorganisationer och stödfunktioner rekommenderas.

Anmälan vid oro för barn

Hälso- och sjukvårdspersonal är enligt 14 kap 1 § SoL (Socialtjänstlagen) skyldiga att lämna orosanmälan till socialtjänsten om de misstänker att [barn far illa](#) på grund av närståendes skadliga bruk (missbruk) eller beroende. För barn och unga där det finns misstanke om skadligt bruk (missbruk) eller beroende är [orosanmälan](#) obligatorisk. Socialtjänsten har ingen möjlighet att på förhand ta ställning till LVU av ofödda barn, se vidare [Länsgemensam riktlinje vid oro för väntade barn](#).

Barns behov av information, råd och stöd

Enligt 5 kap. 7 § i Hälso- och sjukvårdslagen ska hälso- och sjukvården särskilt beakta ett barns behov av information, råd och stöd när förälder eller någon annan vuxen som barnet varaktigt bor tillsammans

1. har en psykisk störning eller psykisk funktionsnedsättning
2. har en allvarlig fysisk sjukdom eller skada
3. är missbrukare av alkohol eller annat beroendeframkallande medel

Anmälan vid allvarligt skadligt bruk/beroende/(missbruk)

Om läkaren bedömer att tillfredsställande vård inte kan ges och individen bedöms ha ett skadligt bruk/beroendetillstånd/(missbruk) med allvarliga konsekvenser har läkaren enligt 6 § Lagen om vård av missbrukare i särskilda fall (LVM) skyldighet att göra anmälan till socialnämnden för ställningstagande till vård.

Läkare ska på begäran av socialnämnden utfärda intyg utifrån 9 § LVM.

Sekretessen kan, i synnerliga fall, enligt 25 kap 12 § Offentlighets- och sekretesslagen (OSL) brytas och information ges till socialtjänsten om det behövs för att individen ska erhålla nödvändig vård eller annat stöd.

Körkort

Läkare har skyldighet att bedöma lämplighet att inneha körkort och vid behov anmäla till Transportstyrelsen.

Uppföljning av tillståndet

Utfall i förhållande till behandlingsmålsättning kan följas via timeline follow-back ([TLFB](#)) och provtagning. Uppföljning ska ske via SIP om individen har behov och önskemål om det.

Vårdnivå

Egenvård: Patientutbildning och förskrivning av naloxon ges till individer i riskzon.

Primärvården: Uppmärksammar skadligt bruk eller beroende. Ansvarar för kontroll av relaterad somatisk hälsa samt ger råd angående levnadsvanor. Primärvården ansvarar för de insatser som anges enligt [RMR Opioider vid långvarig icke-cancerrelaterad smärta](#). Vid psykiatrisk samsjuklighet se RMR Ansvarsfördelning och konsultationer mellan primärvård och specialistpsykiatri ([vuxna](#)) respektive [RMR Ansvarsfördelning mellan primärvård och barn- och ungdomspsykiatri](#).

Organiserad integrerad samverkan, tex Socialmedicinska mottagningar, MiniMaria eller motsvarande för ungdomar: Insatser sker på primärvårdsnivå och i samverkan med socialtjänst. Ansvarar för att uppmärksamma, ge råd och behandla vid riskbruk och skadligt bruk/(missbruk).

Psykiatri, barn/ungdom och vuxna: Psykiatrin ansvarar för utredning och behandling av skadligt bruk/beroende med eller utan annan psykiatrisk samsjuklighet. Vid samsjuklighet rekommenderar Socialstyrelsens nationella riktlinjer för skadligt bruk och beroende att samtliga tillstånd behandlas samtidigt.

Uppföljning av denna riktlinje

Kunskapsstöd för psykisk hälsa ansvarar i samverkan med enheten Regional vårdanalys för uppföljning och återkoppling till berörda linjechefer, regionala programområden och regionala processteam minst en gång per år.

Uppföljning av indikatorer sker via kvalitetsregistret Bättre beroendevård samt utifrån följande indikatorer:

Antal personer som vårdats med diagnoserna F11.0-F11.9 (opioider), F12.0-F12.9 (cannabis) och F14.0-F15.9 (centralstimulantia) som fått nedanstående insatser vid detta vårdtillfälle eller någon gång inom 12 månader efter vårdtillfället;

- AU119 Strukturerade bedömning av alkohol- och drogvanor. Exempelvis AUDIT/DUDIT
- DU119 Återfallsprevention
- AU124 Samordnad individuell vårdplan

Innehållsansvarig

Regionalt processteam beroende under ledning av samordningsråd med ansvar för regional kunskapsstyrning samt Kunskapsstöd för psykisk hälsa kunskapsstod.psykiskhalsa@vgregion.se

Referenser

[Nationella riktlinjer för vård och stöd vid missbruk och beroende](#)

Information om handlingen

Handlingstyp: Regional medicinsk riktlinje, RMR

Gäller för: Västra Götalandsregionen

Innehållsansvar: Hans Ackerot, (hanac), Överläkare

Granskad av: Martin Rödholm, (marro29), Verksamhetschef

Godkänd av: Karin Looström Muth, (karlo2), Direktör

Dokument-ID: SSN11800-2140136717-660

Version: 3.0

Giltig från: 2026-03-19

Giltig till: 2027-03-19