

Vanedannende legemidler

5.november 2024

Svein Skjøtskift
Overlege, Avd. for rusmedisin
Haukeland universitetssjukehus

Hvilke pasientgrupper, hvilke legemidler, hvilke indikasjoner?

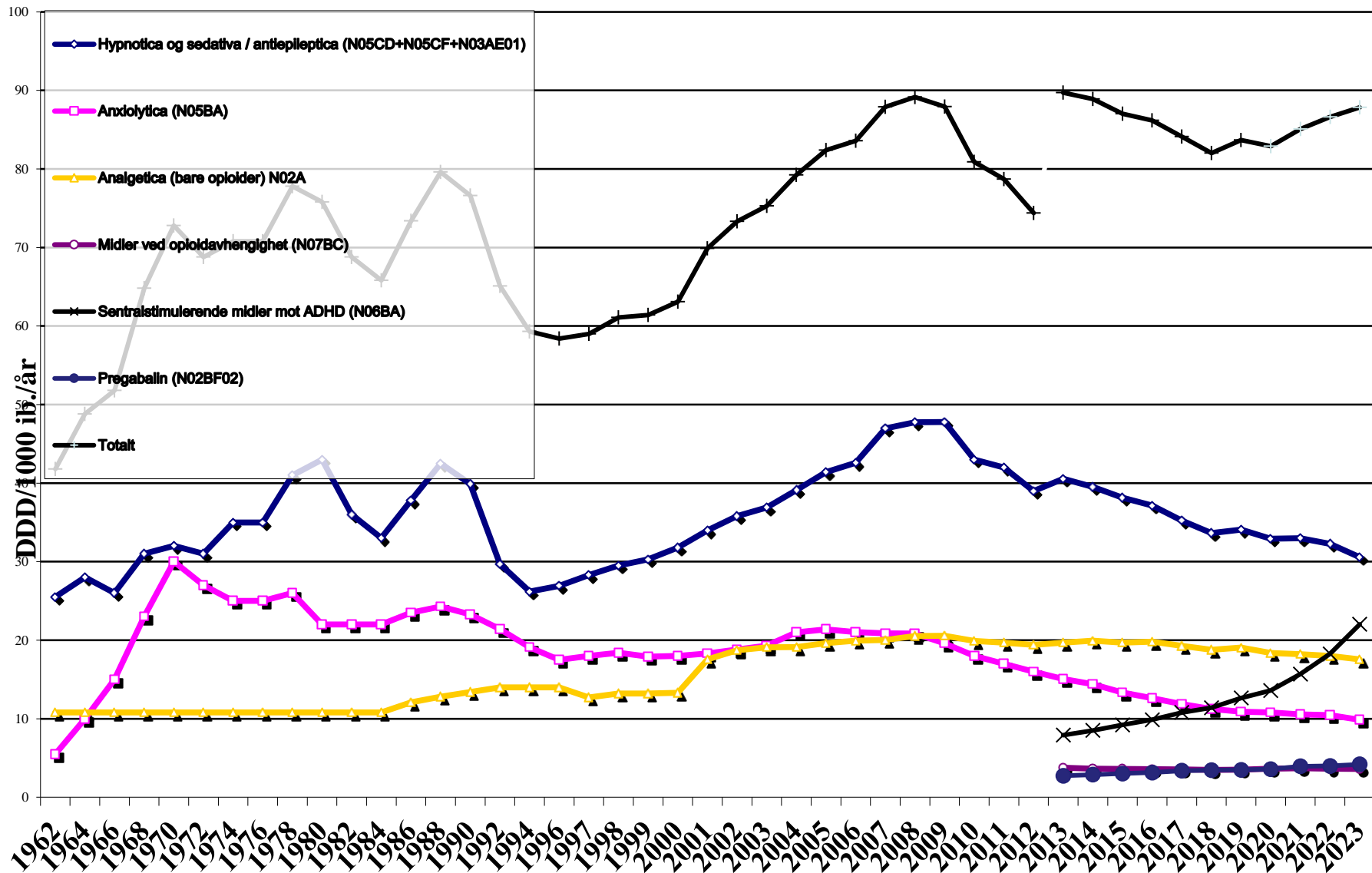
Fire ulike pasientgrupper

- 80-120.000 pasienter med langvarig behandling av søvnproblem, angst (Benzo, Z-hypnotica, pregabalin) +
- Ukjent, men stabilt antall bruker opioider langvarig på grunn av smertetilstand (kodein, oksykodon). Kanskje noe overlapp mellom gruppene – 50.000?
 - De fleste har ikke identitet som «rus-avhengige»
 - Økende forekomst med økende alder, flest kvinner
- Ukjent, men økende antall bruker sentralstimulerende langvarig midler mot ADHD – 50.000?
- 25.000 (?) pasienter med avhengighet av alkohol, opioider eller amfetamin – med bruk av benzo/ pregabalin i tillegg, ofte kjøpt illegalt

Salg av vanedannende legemidler i Norge

(forskrivningsgruppe A og B)

DDD per 1000 innbygger/år 1962 – 2023



Når blir bruk av vanedannende legemidler problematisk?

- **Toleranse:** Langvarig, daglig bruk (> 3 mndr) gir behov for økning av dose for å beholde effekt
- **Abstinens:** Ubehagelige symptomer uten medikamenter, ofte etter brå seponering
- **Bivirkninger:** Nye plager og forsterkning av opprinnelige symptomer under bruk
- Bruk ut over forskrevet dose – illegale kilder?
- Samtidig bruk av rusmidler

Noen uønskede effekter under bruk

- Økt angst og uro
- Nedstemthet, evt. depresjon
- Redusert søvnkvalitet, nattlig oppvåkning
- Respirasjonsdempende effekt ved samtidig bruk av opioider og benzodiazepiner
- Opioid Indusert Hyperalgesi (OIH): Forsterket smerteopplevelse, «lavere smerteterskel» – Årsak: Toleranse, svekket mestringsfølelse og økt hjelpeløshet, kanskje også forsterkning pga samtidig bruk av benzodiazepiner

Det pedagogiske dilemmaet

- Pasienten opplever at medikamentet demper symptomene noe
- Pasienten er påvirket av medikamentet, dessuten redd, kanskje sint – oppfatter ikke hva vi prøver å si
- Behandler mener at medikamentet ikke virker lenger, eller gjør symptomene verre
- Behandler kan bli provosert av pasientens press
- Behandler synes synd på pasienten, ønsker ikke konflikt og føler seg noen ganger medansvarlig

Samtalestøtte før start

- Støtte, trøste, oppmuntre: Illustrere med «en vond sirkel» - hva forsterker dine problemer?
- Informere om toleranse og abstinens – «bivirkninger av langvarig, daglig bruk»
- Informere om alternative mestringsmetoder som søvnhygiene, smertetoleranse og oppmerksomhetstrening.
- Diskuter bruk av alkohol og tobakk, evt andre rusmidler
- Beskrive forløpet av nedtrappingen, gi rom for individuell variasjon og pasientmedvirkning, bli enige om dato for start og tentativ dato for slutt
- Mange pasienter kan trappe ned på egenhånd, bare de får tilstrekkelig informasjon ([Mouland 1996](#))([Mouland 1997](#))

Forslag til begrunnelser for nedtrapping – 1

- «Tablettene har oftest svekket virkning etter lang tids bruk, kanskje ikke virkning i det hele tatt...»
- «Det du opplever som virkning kan være dempning av abstinens (forklare abstinens)...»
- «Det er sannsynlig at du ville klare deg vel så bra uten, det er verdt et forsøk å prøve...»
- «Lang tids daglig bruk av vanedannende legemidler mot er sannsynligvis dårlig behandling (dårlig effekt og mange bivirkninger)»

Forslag til begrunnelser for nedtrapping – 2

- «Du vil kunne kjøre bil uten å måtte tenke på risiko for å bli fratatt førerkortet...»
- «Med en forsvarlig, langsom nedtrapping vil kroppen kunne venne seg til å klare seg bedre uten tablettene...»
- «Tablettene kan ha ubehagelige bivirkninger, og kan noen ganger forsterke opprinnelige symptomer...»
- «Det er godt mulig du ville hatt det bedre uten, selv om du sannsynligvis ikke blir helt symptomfri...»

Utarbeide en nedtrappingsplan

Registrere og stabilisere forbruket

- Flere medikamentkilder – åpenhet med fastlege?
- Redusere antall medikamenter, vurdere og evt. forskrive støttemedikamenter (f.eks karbamazepin, gabapentin, valproat)
- Minst to uker stabil dose før start

Sette opp en nedtrappingsplan (www.trapped.no)

- **Individuell tilpasning og pasientmedvirkning underveis**
- Testnedtrapping 5-10%, økt hastighet gradvis til toleransegrense – optimalt å:
- Redusere med 20-25% av forrige dose (~12-16 uker poliklinisk) eller pr.dag (~ 2-3 uker i institusjon?)
- Dette innebærer en raskere nedtrapping i starten, langsommere mot slutten
- **Ved problemer, forleng intervallene, ikke trapp opp igjen til tidligere dose**

Etter nedtrappingen

- Blodprøvekontroll?
- Utvikle og stabilisere mestringsstrategier – grensesetting, mestring av smerte, angst, søvnproblem mm.
- Ferdigstille evt. diagnostisk utredning av restsymptomer - hjelpe pas. til å mestre uvante emosjonelle reaksjoner
- Avklare evt. seinere sporadisk bruk av vanedannende legemidler

Behandlingsresultater

- Ingen gode behandlingsstudier så langt
- Vanskelig område å forske på – mange «confounding factors», individuelle forskjeller og forskjeller i relasjoner til behandler. Generell erfaring: Rask nedtrapping fungerer ikke, brå seponering er farlig!
- «[The Ashton Manual](#)» synes å være den best dokumenterte systematiske tilnærmingen, baserer seg på 12 års klinisk erfaring, hevder 90% suksessrate i en selektert pasientgruppe

Ressurser

- [Nasjonal faglig veileder for vanedannende legemidler](#)
- www.trappned.no
- www.benzoinfo.com
- Bramness og Vøyvik: Rasjonell bruk av angst- og sovemedisin. Universitetsforlaget 2018
- [The Ashton Manual](#) (2019)
- Peppin et al: The Benzodiazepine Crisis. Oxford 2021
- SKILnet.no – [kurs](#) om rasjonell bruk av vanedannende legemidler

