

EXIT LAR

Hva vet vi og hva tror vi?

LAR-KONFERANSEN 2014

Helge Waal

Innhold

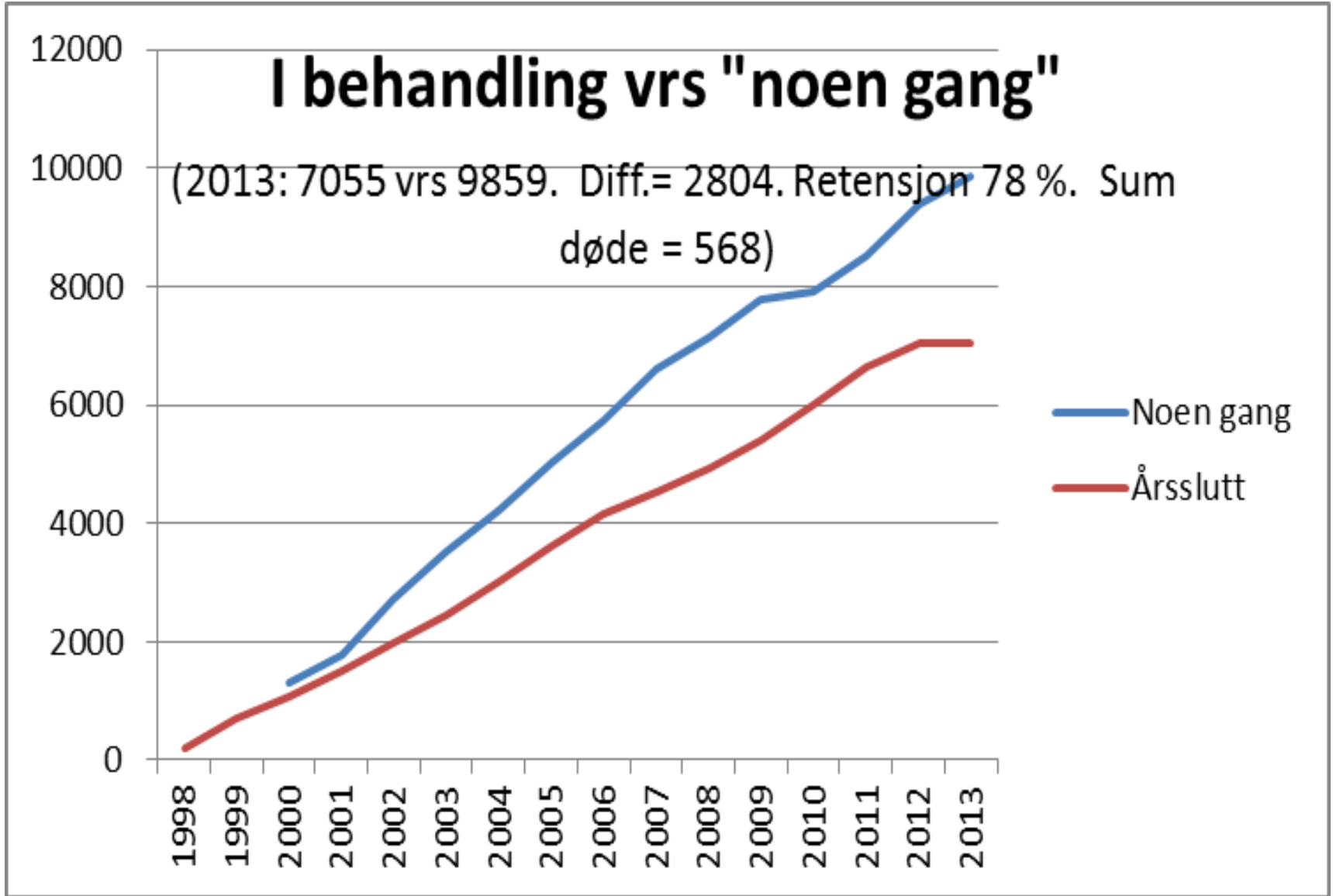
- LAR og varighet
- Slutte? Skal, skal ikke
- Exit LAR – modeller for nedtrapping
- Hvordan går det?

Tidsuavgrenset (evt livslang)

- Behandling som fortsetter så lenge pasienten ønsker det
- Empiri (bla norske statusrapporteringer, Claussen, Skeie)
 - Longitudinelle studer knytter bedring til fortsatt behandling
 - Forsøk på å avbryte, oftest mislykket – tilbakefall og mortalitet
 - Varierende konsekvenser for livskvalitet

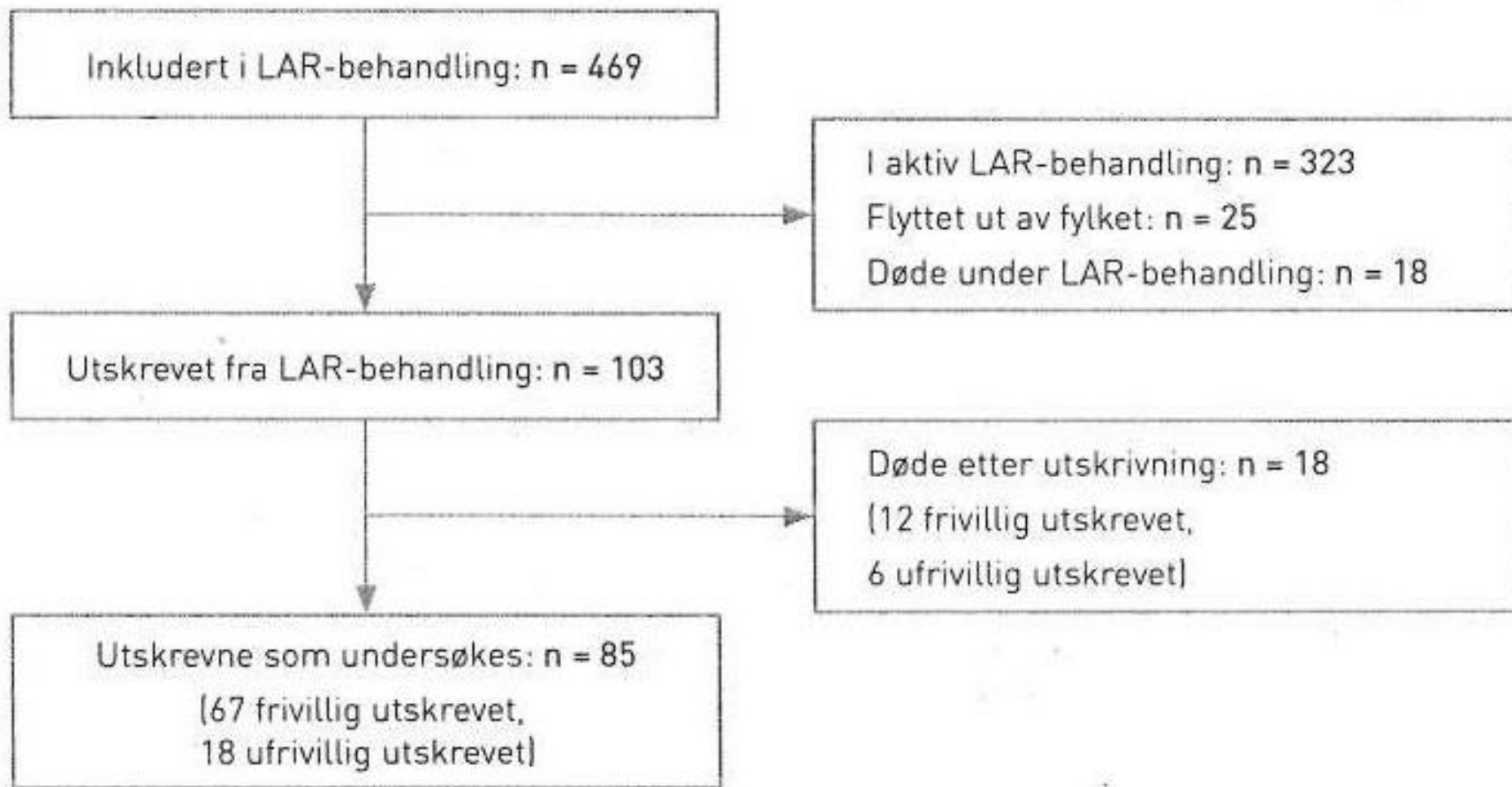
Tidsavgrenset behandling

- Korttidsbehandling sammen med andre tilbud
- Semilange løp med øvre tidsgrense
- Empiri:
 - Avbrudd mot egen vilje økt mortalitet
 - Avbrudd etter avtale: bedring knyttet til fortsettelse
 - Underliggende variabel: ressurser



Førløp i og etter LAR (1999-2009-2011)

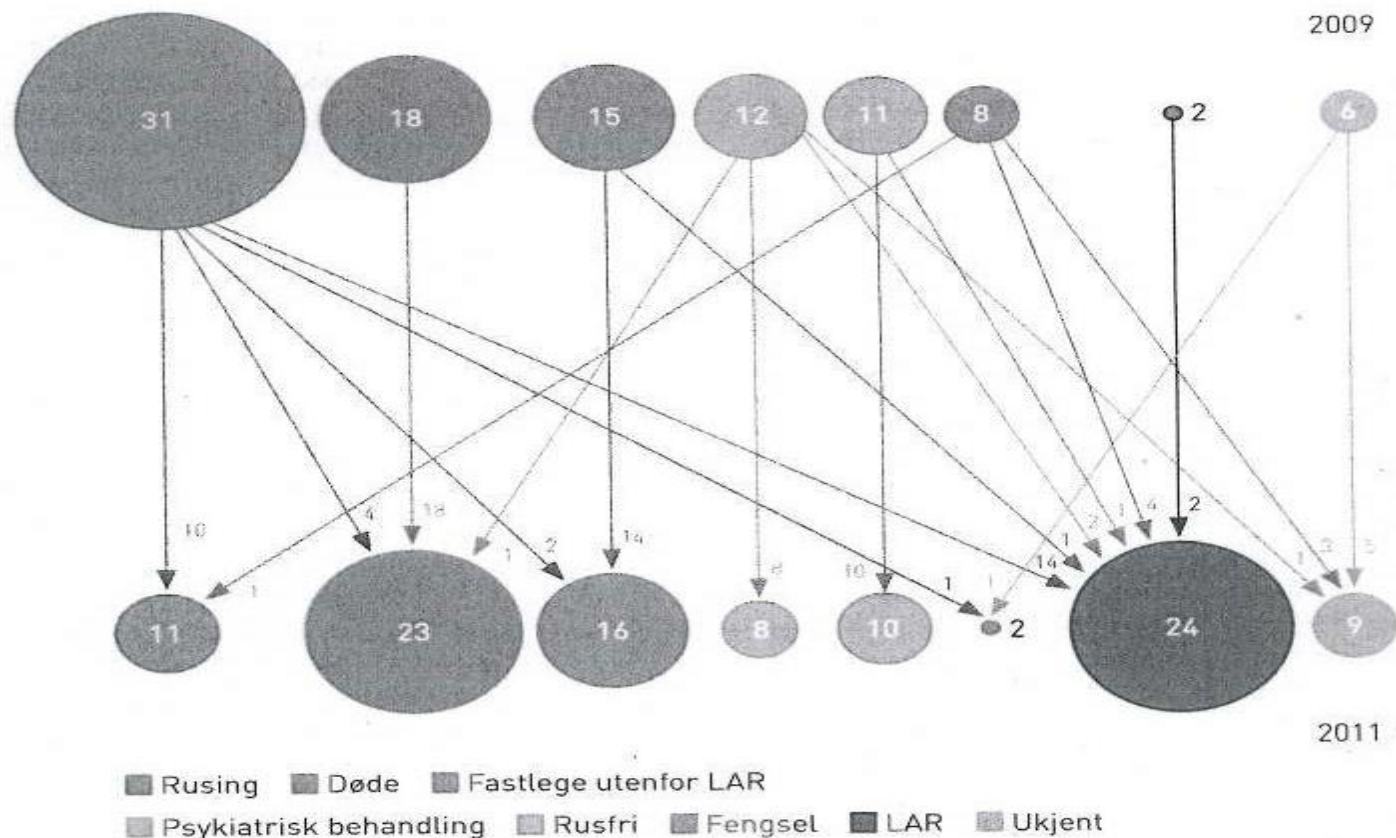
Clausen, Åsland og Kristensen, T Nor Legeforen 2014.134, 1146-9



Figur 1 Pasienter i legemiddelassistert rehabilitering ved Sørlandet sykehus i perioden 1998-31.12. 2009

Oppfølging av utskrevne pasienter (Vest-Agder)

Clausen, Åsland og Kristensen, T Nor Legeforen 2014, 134, 1146-9



Figur 2 Behandlingsstatus for pasienter utskrevet fra legemiddelassistert rehabilitering (LAR) (n = 103) ved Sørlandet sykehus i 31.12. 2009 og 30.6.2011. Endringer mellom 2009 og 2011 er vist med piler og tall. Kategoriseringen tar først utgangspunkt i aktuell behandling. De som ikke var i behandling eller i kjent institusjon og der det forelå informasjon om «rusing», kom i denne kategorien

Konklusjoner

- Ufrivillig avslutning ikke riktig
- Langtids LAR bør være et mål
- Pasienter i LAR bør få informasjon om og muligheter til å velge ordnet og støttet avslutning
- De som ønsker det har rett til informasjon om metoder og innflytelse på opplegg
- Autonom beslutningsrett og valget skal støttes

Hvorfor slutte og hvorfor ikke

Hvorfor

- Pasientrolle/være frisk/trenger det ikke
- Umyndig/uønsket kontroll/ verdighet
- Frihetsønsker – begrensninger i LAR
- Yrkesbegrensninger og reisehindringer
- Pårørende (barn, ektefelle, foreldre osv)
- «Vil ikke dø som LAR-pasient»
- Utilstrekkelig effekt eller bivirkninger
- Ønsker annet opioid
- Ønsker tillegg av andre medikamenter (bz osv)
- Ønsker rusing

Hvorfor ikke

Kornør : Opioid maintenance to abstinence ? Kornør et al: DAD 2005

- OMT tiltak som er blitt stengt
- Ventelistebehandling (Interim treatment)
- Tidsavgrenset abstinensorientert behandling
- Etterundersøkelse av de som er
- Frivillig avvendt
- Ufrivillig avvendt

Tidsavgrenset behandling

- Caplehorne (1994): Abstinence oriented vrs indefinite OMT og Methadone reduction programs (Gossop 2001)
 - Benefits largely associated with maintenance
- Time limited Buprenorphine treatment (Kornør et al 2005)
 - Benefits primarily associated with continued treatment.
 - High number preferred continuation
 - Preset time limitation unrealistic

Lessons learned, lessons forgotten and lessons ignored (Magura 2001)

Magura 2001: Uavhengig av behandlingsopplegg:

- Høy andel tilbakefall
- Økt mortalitet og morbiditet

Likevel

- Noen oppnår langtid uten opioidbruk
- Dette skjer oftere etter fullført behandlingsavtale og frivillig avvenning

HVORDAN

Generelle anbefalinger

- Optimal rehabilitering
- Støttende nettverk – ikke rusmiljø
- Meningsfulle aktiviteter
- Unngå nedtrapping som konflikt
- Eget modent valg
- Brukerstyring så langt mulig
- Daglig utlevering, gjerne i skjermet miljø

Anbefalinger all opioid avvenning

- Cold turkey anbefales ikke (ved reell avhengighet)
- Antiadrenerg behandling hjelper (catapressan)
- Agoniststøttet behandling mest effektivt
- Gradvis nedtrapping 1 til 3 uker
- metadon = buprenorfin
- Buprenorfin kanskje noe enklere enn metadon

Metadon

- Nedtrapping til 20 mg/dag (30 mg) oftest ukomplisert
- Ulike anbefalinger om tempo (5-10 mg/uke eller hver annen uke)
- Eventuelt pasientstyrt
- Få klarer det poliklinisk
- Under 20 mg støttebehandling med antiadrenerge midler, anti kvalmemidler, sedativa

Undersøkelser

- Kleber (1977) Review. Avvenning er mulig for en betydelig minoritet
- Isidinso (1977): Poliklinisk avvenning sjelden vellykket
- Kanof (1993): 12 av 24 fikk depressivt syndrom
- Capone (1994): n= 34. Ingen spesielle prediktive faktorer
- Milby (1988, 1990, 1994): Avvenningsfobi/angst
- Eklund (1995) : 100 godt stabiliserte , 20 % gjennomførte avvenning, 10 % reverterte, 5 % langvarig medikamentfri
- Levinson (1995). Abstinenspsykose
- Noble (2002): Selvavvenning innen OMT kan noen ganger være OK
- Calsyn (2006): N=30 frivillig innen LAR. Ingen fullførte. Pasienter bør informeres om problemene
- Ksouda (2013): Review. Langsom nedtrapping mulig

Undersøkelser nedtrapping metadon

- Nosyk (2012): Populasjonsbasert studie med
 - 25545 behandlingsepisoder
 - Hvorav 14602 startet avvenning (taper)
 - 4182 individer gjennomførte
 - 2006 individer nådde 5 mg siste uke uten gjenoppstart
 - 13 % blant disse forble medikamentfri
 - 2,5 % av alle episodene med avvenning
- Få lykkes, langsom gradvis nedtrapping med stabiliseringsperioder best

Buprenorfin

- Nedtrapping til 6 mg (4 mg) oftest ukomplisert
- Ofte anbefalt: 2 mg/uke
- Eller pasientstyrt
- Støtte og daglig utlevering
- Problemer særlig fra 2 mg

SPA sin polikliniske nedtrapping for buprenorfindoser under 2 mg

| Buprenorfin (tablett 2 mg) | Døgndose |
|--------------------------------|----------|
| • 1,0 tablett daglig | 2,0 mg |
| • 0,5 tablett daglig | 1,0 mg |
| • 0,5 tablett annen hver dag* | 0,5 mg |
| • 0,5 tablett hver tredje dag* | 0,3 mg |

| Buprenorfin (tablett 0,2 mg, eks Temgesic®) | Døgndose |
|---|----------|
| • 1,0 tablett daglig* | 0,2 mg |
| • 0,5 tablett daglig* | 0,1 mg |
| • 0,5 tablett annen hver dag | 0,05 mg |
| • 0,5 tablett hver tredje dag | 0,03 mg |

*Evt depotplaster (Norspan® døgndose 120, 240 og 480 mikrogram)

NB: Pasienten bør være abstinensfri minst to uker mellom hver dosereduksjon
Benzodiazepiner skal ikke brukes for å lindre pasientens abstinenssymptomer

Metadon til buprenorfin

- Janiri (1994). Metadon trappet ned til 10 mg, deretter randomisert til clonidin, lefetamine eller buprenorfin.
 - Buprenorfin klart best.
- Breen (2003): Metadonpasienter overført til buprenorfin v 30 mg/dag eller ved nedtrappingsabstinens. Under 30 mg vesentlig enklere.
 - 38 av 51 pasienter vellykket nedtrappet til 0mg. Dosereduksjon med buprenorfin godt tolerert.
 - 31 % medikamentfri v 1 mnd
- Manelli (2012): Review av 26 studier. Overføring v høy dose gir abstinens. Nedtrapping av metadon ofte besværlig. Mere forskning.

Sedasjon/narkose

- Studier av sedering eller narkose med introduksjon av antagonist
- Forkorter forløpet
- Narkose kan være farlig
- Forløpet neppe bedre
- Med mindre pasienten aksepterer og får slow release naltrekson etterpå

Loimer et al 1991 sterkt positiv, Gowing (2010) negativ (Cochrane)

Langtidsvirkende antagonistter (motgift)

(Fawcett 1997, Loimer 1990, Lobmaier 2010, Sigmon 2012, Manelli 2012, Gowing 2010, DeJong 2007)

- Oral naltrexone eller nalmefen
- Depot injeksjoner (vivitrol)
- Implantater (Go –medical)

Utilstrekkelig undersøkt

Hvordan går det etterpå?

Forløpsstudier etter nedtrapping

- Riordan (1976): Oppfølging av 38 pasienter<. «a substantial number remained drug free, employed and without offenses»
- Cushman (1976): 22,6 % uten opioider etter 2,9 år
- Stimmel (1977): 269 av 350 funnet etter 6 år, av disse: 35 % «drug free» (26 % av alle)
- Breen (2003): 31 % uten tilbakefall etter 30 dager
- Kornor (2005): Store variasjoner: 22-86 %, klart større andel medikamentfrie ved «terapeutisk avvenning»
- Nosyk (2012): 13 % hvis langsom nedtrapping og stabilisering

Livskvalitet

- Hiltunen 2011 (15 yrs follow up) 4 grupper.
 1. Aldri forsøkt
 2. Tvunget til å stoppe (kastet ut)
 3. Vellykket frivillig avvenning
 4. Ikke vellykket frivillig avvenning

QoL: 3>4>1>2

Konklusjoner

- Fleksibel og gradvis avvenning best
- Støttebehandling siste del av avvenningen
- Metadonbehandlede bør settes over til buprenorfin
- Oppfølgende behandling med antagonist ønskelig
- Aktiv oppfølging, støtte og problemløsning
- Anslagsvis: 10-15 % langvarig medikamentavhold
- Få langtidsstudier – få men noen tilbakefall etter 3 år
- Enkel retur for de som får vansker