

Vejledning Medikamentel Substitutionsbehandling

Dokument Type:	Vejledning.
Formål:	Formålet med vejledningen er at give grundlæggende information til sundhedspersonale som behandler med substitutionsmedicin til misbrugere. Substitutionsbehandling foregår i sammenhæng med et tilbud om psykosocial indsats. Ved korrekt dosering er der ingen nævneværdig påvirkning af de psykomotoriske eller kognitive funktioner, forudsat der ikke er sidemisbrug. Beslutningen om substitutionsbehandling skal være relevant mht. de mål, der er opsat i den samlede plan. Ordinerings, justering, mv af substitutionsbehandling er en lægeopgave. Hvis man er i tvivl, så skal læge kontaktes.
Indikationer:	Diagnosticeret afhængighed af opioider (F11.2 i ICD10) Frivillig, og at substitutionsbehandlingen kan tillægges en betydelig vægt.
Præparat valg:	Vi bruger overordnet 2 slags præparater. Metadon samt Buprenorphine/Naloxon (Herefter blot kaldet Buprenorphine). Sidstnævnte er førstevalg grundet mindre risiko for overdosering. Naloxon er en modgift, som kun aktiveres ved injektion, der er således meget lille risiko for misbrug og overdosering
Bivirkninger:	Bivirkninger: Begge stoffer har bivirkninger, og patienten skal informeres om dette inden de udskrives. De fleste bivirkninger til både Buprenorphine og Metadon er forbigående. Bivirkninger, som kan indfinde sig ved iværksættelse af substitutionsbehandling: • Kvalme og eventuelt opkast • Forstoppelse • Hudkløe og eventuelt udslæt • Svedtendens, særligt ved fysisk eller psykisk stress • Hovedpine, søvnforstyrrelser og svimmelhed • Forstyrret vandladning • Kognitiv påvirkning og sedation • Risiko for respirationsdepression. De fleste af disse bivirkninger er moderate. Ved tilvænning til lægemidlet vil symptomerne vanligvis forsvinde uden supplerende behandling. Information om bivirkninger skal gives og drøftes med patienten inden opstart i substitutionsbehandling. Langsigtede bivirkninger kan være: • Svedtendens • Vægtøgning og eventuelt væskeansamlinger i kroppen (ødemer) • Forstoppelse • Hormonelle ændringer (øget prolaktin og reduceret testosteron) • Nedsat seksuel lyst og evne • Påvirkning af stemningsleje og kognitiv funktion • Påvirkning af immunsystemet. Seksuel dysfunktion og kognitiv påvirkning ses hyppigere hos patienter i behandling med metadon end i forhold til behandling med Buprenorphine

	Buprenorphin	Metadon
Klinisk tilstand ved iværksættelse af behandling	Begyndende abstinenssymptomer (for at undgå præcipiterede abstinenssymptomer)	Ikke påvirket (for at undgå metadonforgiftning)
Startdosis	Startdosis (testdosis) 4 mg, herefter dosisøgning i 1. døgn	Lav, 20-30 mg i 1. døgn (Kap 11.5.1)
Dosisindstilling	Hurtig dosisøgning Steady state opnås efter 2- 3 døgn	Langsom dosisøgning Steady state opnås efter 2- 6 uger
Indsættende virkning	30-60 min	15-45 minutter
Maksimal virkning	1-4 timer	2,5-4 timer
Virkningsvarighed	8-12 timer ved lav dosis (ex. 2 mg) 24-72 timer ved højere dosis (ex.>16 mg)	20-36 timer
Forlængelse af QTc intervallet	Ingen risiko	Risiko ved især dosis >100 mg dgl.
Buprenorphin (Suboxone®)	Buprenorphine (Suboxone®) Binder sig med høj affinitet til opioidreceptorerne. Så høj, at den skubber alt andet væk, og den kan således udløse en abstinens tilstand, hos patienter der er i behandling med metadon, morfin eller misbruger af heroin. Den kan fås uden Naloxon, hvilken vi ikke normalt bruger. Dispenseres som resoriblet, dvs. ligges under tungen. Herved optages Naloxon ikke. Det gør det dog hvis den opløses og injiceres, hvorved den virker som modgift. Dispenseres normalt 1x dagligt, undtaget gravide og patienter med dokumenteret smertetilstand. Der er færre bivirkninger ved Buprenorphine end Metadon, og misbrugspotentialet er meget lavere. Interaktioner: De altid gældende kan ses på medicin.dk. Omsættes via leveren (CYP3A4) så midler som virker på det system påvirker Buprenorphine. Især svampemidler (Ketokonazol), vil øge mængden. Modsat vil Carbazepin, Phenytoin, fifampicin nedsætte mængden. Den CNS-deprimerende virkning af hypnotika og tricykliske antidepressiva samt antipsykotika - specielt højdosisantipsykotika - kan forstærkes. Alkohol øger den sedative effekt af Buprenorphine og bør undgås.	

Metadon:	Metadon Metadon er en ren opioidagonist. Metadon kan forebygge abstinenssymptomer i mere end 24 timer. Hos flertallet af patienter kan metadon reducere eller eliminere stoftrang. Ved korrekt dosering kan metadon blokere for den euforiserende virkning af sædvanligt anvendte heroinmængder. Princippet ved dosering af metadon er at give så meget, at stoftrangen reduceres mest muligt, og at abstinenssymptomer blokeres i 24 timer og så lidt, at de normale psykomotoriske funktioner ikke påvirkes nævneværdigt. De fleste patienter vil have behov for 60-120mg, dagligt. Der er begrænset effekt af doser over 150mg, men øget risiko for bivirkninger. Trods ovenstående virker en deling af dosis bedre, dvs. x2 dagligt. Der er betydelige interaktioner med andre lægemidler, især de sederende og HIV/TB-medicin, og der er desuden risiko ved forlænget Q-T interval (hjerterytmier). Der skal derfor tages EKG inden opstart til vurdering af QT interval, og ved doser over 100mg tages EKG en gang årligt. Interaktioner: De altid gældende kan ses på medicin.dk. Omsættes i leveren så derfor påvirkes omsætningen. Vigtige er: Anden medicin, som kan påvirke QT intervallet, især antibiotika (Makrolider, Fluorinoloner), SSRI, m.m. Virkningen af hypnotika og tricykliske antidepressiva samt antipsykotika - specielt højdosisantipsykotika - kan forstærkes. Den sederende virkning forstærkes af benzodiazepiner. Bevidstheds- og respirationssvækkelse forstærkes af alkohol og barbitursyrederivater Ved tvivl spørg altid en læge. Forgiftning Både Metadon samt Buprenorphin rammer μ-opioidrecepterne. Det medfører CNS- og respirationsdepression. Modgiften er Naloxon som opbevares i medicinrummet/sygeplejeklinik Forsigtighedsregler ved brug af Naloxon er kronisk morfinisme. Kan medføre kraftige abstinenssymptomer. Svær hypertension, hjerterytmier, lungeødem og hjerrestop er beskrevet Symptomer: Bevidsthedssvækkelse, respirationshæmning med bradypnø, evt. apnø, nedsat GI-motilitet, kvalme. Miosis ("pin-point" pupiller). Kramper og kompartmentsyndrom med rhabdomyolyse er sjældne manifestationer. Behandling: Sikring af vitale funktioner, Naloxon 0,8 mg i. m. gentages ved manglende bedring af respirationen 2-3 gange med 2-3 minutters interval. Pga. buprenorphins højere affinitet til receptoren er der ofte behov for højere initialdosis af naloxon (1,2-2,0 mg i.v.) end ved forgiftning med andre opioider. Ved manglende effekt af Naloxon gives kunstig ventilation. Herefter følges instruks for hjerrestop, med alarmering via 112 osv. Der skal naturligvis kun behandles for hjerrestop, såfremt der rent faktisk er hjerrestop. Naloxon har kortere halveringstid end flere opioider og patienten skal altid indlægges til observation.
----------	--

Praktisk information:	Instruksen gælder kun sundhedspersonale/og personale som har modtaget undervisning/oplæring. Differential diagnostiske overvejelser, kontraindikationer og faldgruber er gennemgået ved undervisning, derfor er det nødvendigt at have haft denne for at kunne benytte instruksen. Instruksen kan følges, såfremt der er klar diagnose ud fra anamnese og objektive fund som gennemgået ved undervisning og i instruksen. Lægekonsulent er altid til stede ved opstart af substitutionsbehandling og eller omstilling til andet præparat. Lægekonsulent skriver recept og opdatering FMK er af sundhedsfagligt personale med autorisation i Rusmiddelteamet. Der foretages grundig dokumentation i systemet, således at godkendende læge kan sikre sig, at instruksen er overholdt. Kontroller altid dato for gyldighed. Rusmiddelbehandlere har modtaget kursus i brug af Nalaxon / Red Liv
Link:	796D337DC66D4F72A8991141B88BD699.ashx (sst.dk) https://www.sst.dk/da/nyheder/2017/~media/796D337DC66D4F72A8991141B88BD699.ashx