

Små piller kan give store problemer

En læges perspektiv på nerve- og sovemedicin

Af Britt Vikander

Dagens sygehusvæsen præges af en stigende grad af medicinsk teknificering. Recepten mod manglende tid, lange ventelister og fortvivlede mennesker er ofte medicin. Uro, angst og søvnproblemer rammer de fleste mennesker på et eller andet tidspunkt i deres liv. For nogle bliver problemerne så påtrængende, at de søger læge. Til god lægekunst hører evnen til at behandle og lindre. Til dette har lægen lægemidler til sin rådighed. Mange som søger læge får farmakologisk hjælp gennem en recept på nerve eller sovemedicin, som udskrives ved angst, uro, spændinger og søvnproblemer. Flertallet af disse midler er vanedannende og kan allerede efter kortvarig brug give afhængighed. Hvert år bliver et stort antal mennesker afhængige af lægemidler som er legalt udskrevet gennem sundhedsvæsenet. Dvs. der er tale om en iatrogen¹⁾ afhængighed/ misbrug.

Afhængigheden af benzodiazepiner og analgetica (dvs. smertestillende præparater) ved normale terapeutiske doser er betydeligt mere udbredt end man hidtil har turdet eller villet indse.

Prognosen var dårlig og svenske læger afviste patienter med lægemiddelfafhængighed. Patienterne "faldt mellem to stole". I psykiatrien mente man at patienterne var misbrugere, men læger fra misbrugssektoren mente, at disse patienter havde tydelige psykiatriske problemer. Patienterne selv følte sig isolerede og vildfarne i sygehusvæsenet. De følte sig hverken som narkomaner, alkoholikere eller psykisk syge.

Det skete ikke sjældent at patienter med lægemiddelfafhængighed tvangsbehandlede i lukket regi.

Lægemiddelfafhængighed som indgår i et større stofafhængighedsskompleks må betragtes som regelret narkomani. Benzodiazepiner kan anvendes til at forstærke en stofinduceret eufori, f.eks. rygning af Rohypnol® hos opiatmisbrugeren, eller til at mildne heroinabstinenser. På tilsvarende måde kan alkoholafhængige benytte benzodiazepiner til at for-

stærke alkoholens effekter, som erstatning for alkohol, når dette er svært at skaffe, eller for at holde abstinenser på afstand.

Disse typer misbrug blandes ofte sammen med en anden slags anvendelse af medicinen; den andel af patienter som har fået ordineret beroligende medicin som herefter udvikler afhængighedsproblemer. Dette er en selvstændig adskilt gruppe.

TUB-Projektet

De forhold, som er beskrevet ovenfor, betød at man i Sverige iværksatte et treårigt forsøgs- og udviklingsprojekt; TUB –projektet (Terapi og Utvärdering av Benzodiazepiner). Dette projekt blev grundlagt med støtte fra Stockholms läns landsting, Socialstyrelsen, Socialdepartementet og Stockholms kommune. Det var rettet mod patienter med lægemiddelfafhængighed og blev startet på Sct. Görans Sygehus, Stockholm i 1984. Alkohol- og narkotika afhængige patienter indgik ikke i projektet.

En specifik behandlingsmodel blev udviklet, den svenske TUB-model som, kort fortalt, består af langsom nedtrapning i samråd med patienten og en opfølgning med støttesamtaler i et år efterfølgende. Patienterne fik en bestemt patientansvarlig læge og en kontaktperson, dvs. et plejepersonale som trænedes specielt i at kunne observere abstinenssymptomer og give patienterne personlig støtte i afvænningsfasen og behandlingsperioden. I tilknytning til afdelingen fandtes en ambulantsfunktion hvor patienterne, i en et-års periode, kunne komme til at møde den læge og kontaktperson, de tidligere havde haft kontakt med på afdelingen, sædvanligvis en til tre gange om ugen.

Målsætningen for projektet var, at evaluere en behandlingsmodel for patienter med afhængighed/misbrug af nerve og sove medicin. Formålet var også at karakterisere patienterne på forskellige måder, studere kliniske forhold og abstinensforløb i et år. Vi ville også følge prognosen op efter en to årig periode. Vi kunne i projektet disponere over seks sengepladser på en almen psykiatrisk afdeling. Vor forståelse var, dengang, at patienterne kun kunne be-

handles indlagt på sygehus. Efterspørgslen og interessen, i særdeleshed fra patienterne, blev enorm, og vi havde hurtigt en kø på over hundrede patienter. Ventetiden blev på flere år.

Gode resultater og erfaringer

Tidligere havde man ment at langtidsprognosen for patienter med afhængighed af lægemidler var dårlig, men resultaterne fra TUB, ved en et og to års opfølgning, viste at at flertallet af patienter (86%), i sammenligning med en kontrolgruppe, havde en gunstig prognose og betydeligt forbedret livskvalitet. Resultatet var bedre end i andre studier, hvor andelen af lægemiddelfrie patienter, tre til fem uger efter afgiftning, varierer mellem 40 og 60% afhængigt af nedtrapningens hastighed³⁾. Resultaterne fra TUB er publiceret i "Läkartidningen"⁴⁾. Det vises her, at den afgørende faktor for stoffrihed ved opfølgningen er selve behandlingen. Resultaterne viser, at patienter med lægemiddelfafhængighed kan afgiftes og forblive stoffrie trods forskelligheder i alder, civilstand, længde af brug, døgn doser m.m. Selv om opfølgningstiden kan synes kort, viste et tidligere studie at tilbagefald kom umiddelbart efter udskrivningen.

Resultaterne bestyrkede vor egen opfattelse, at behandlingen fungerede godt.

TUB-modellen

Ved langsom nedtrapning og samråd med patienten, kan man dæmpe abstinenssymptomerne. Frekvente støttesamtaler er nødvendige for at vedligeholde patienternes motivation under behandlingen og regelbunden støtte er vigtig i hele behandlingsåret. I støttesamtalerne bekræftes patienten i at have abstinenssymptomer. Varigheden og intensiteten af disse anerkendes.

I begyndelsen af behandlingen og under hele nedtrapningen har patienten udtalte kognitive forstyrrelser og kan have svært ved at opfatte og forstå den information der gives. Det er derfor nødvendigt at gentage sine informationer flere gange i den første tid.

En del patienter har en besværlig situation med familieproblemer eller relationsproblemer, men det er vor erfaring, at det er en god ide at vente med psykoterapeutisk intervention i sådanne tilfælde, til abstinenssymptomerne har klinget af og patienterne fået bedre impuls kontrol.

En vigtig del af støttearbejdet er kontakt til patienternes pårørende. De har brug for viden om afhængighedens art og karakter, abstinenssymptomer, men det er ikke mindst vigtigt at informere om den depressive-asteniske tilstand som kan indtræde efterfølgende, og som gør at patienten kan have svært ved at overkomme arbejde og familieliv i de følgende måneder.

En forudsætning er specielt trænet personale, en ambulant funktion samt muligheder for urin- og blodprøvetagning.

Patienter med lægemiddelfafhængighed har erfaringsmæssigt svært ved at finde sig til rette på alkohol- eller stofmisbrugsinstitutioner, idet patientgruppen lader til at mangle den sociale dynamik som ses ved en isoleret alkohol- eller stofmisbrugsproblematik. Psykiatrisk kompetence er af betydning såvel under afgiftningen som i den længerevarende opfølgning, ved behandling af den eventuelle bagvedliggende psykiatriske problematik.

I tilknytning til en øget afhængighed/ misbrug har mange patienter udviklet en omfattende passivitet og social invaliditet. De kan have udviklet fobier og andre sociale handikap. Vi har her gode erfaringer med autogen træning og en kognitiv terapeutisk forholdemåde.

Ambulant behandling

En udelukkende ambulant behandlingsform er desuden blevet

udviklet, og vi behandler nu ca. 90% af vore patienter udelukkende ambulant. I 1987 blev TUB en permanent del af "Beroendecentrum Nord" og er nu lokaliseret på Karolinska sygehuset i Stockholm. Behandlingsteamet består i dag af syv behandlere, hvoraf tre er læger. Vi har en egen afdeling med 10 sengepladser, men hovedparten af patienterne behandles udelukkende ambulant. Efterspørgslen er stadig stor, ca. 300 nye patienter søger hvert år, men i dag kommer patienterne hovedsageligt fra henvisning fra læger, hvilket er glædeligt. Dels har lægerne forstået vort arbejde, men fremfor alt har en bevidsthed om problematikken og diagnostikken spiret frem. Vi har igennem årene givet uddannelse til samtlige faggrupper indenfor sygehusvæsenet i hele Sverige. Vi har fået fine tilbagemeldinger og mødt stor interesse.

Viden og erfaringer spredes

For at udbrede viden om lægemiddelfafhængighed til almenbefolkningen og sundhedssektoren, startede man i 1986 "STOP"



(Svensk Tema Utställing Om Piller) i samarbejde med RFHL (Riksföreningen för Hjälp åt Läkemedelsmissbrukare), CAN (Centralförbundet för Alkohol och Narkotika) samt KSAN (en paraplyorganisation for flere politiske kvindeorganisationer). Et teaterstykke blev fremført, forelæsninger og diskussioner om afhængighedsskabende lægemidler gennemførtes, desuden tourede en billedudstilling rundt i Sverige.

Det meste af medicinudskrivningen sker idag fra almenpraktiserende læger. På enkelte steder i Sverige har man undersøgt udskrivningsmønsteret, og fundet at et lille antal læger står for en uproportional stor andel af udskrivningerne⁵⁾. De største mængder ordinationer kommer fra primærsektoren. Man har fundet store regionale forskelle i udskrivningsmønstrene.

At primærsektoren lader til at stå for de største udskrivninger kan forklares med at man indtil for nyligt har haft ansvaret for større dele af ældreomsorgen i det svenske samfund. Landstingets "vårdcentraler" skal oftest tage sig af de sygeste og mest belastede patienter.

Man må dog heller ikke glemme det store indikationsområde som benzodiazepinerne igennem årene har fået ved lettere former for psykiske problemer. Det mest almindelige er krisereaktioner og kropslige manifestationer af dette. Også søvnforstyrrelser og uro i forbindelse med stress, fysisk sygdom og ensomhed/isolation synes at være almindelige udskrivningsårsager.

TUB har med stor succes været involveret i projekter der har forsøgt at imødegå disse tendenser gennem oplysning og vejledning. Vi har været involveret i supervision af læger, sygeplejersker m.fl. foruden vi har medvirket til samarbejde mellem forskellige institutioner med hvilke vi har dannet behandlingskæder.

At skabe en holdning

Det er vigtigt at skabe en fælles holdning når man arbejder med lægemiddelfafhængige patienter. For at kunne give støtte og accept i nedtrapningsfasen er der brug for viden, interesse foruden tålmodighed. Man

kan starte en proces i personalegruppen, f.eks. gennem at diskutere og bevidstgøre problematikken om afhængighedsskabende lægemidler. Hvordan medicinen kan anvendes med mindst risiko for afhængighedsudvikling kan blive næste trin. Det er vigtigt at skabe en "policy" for udskrivning, som skal følges af alle og videreformidles til nyt personale. En stadigt fortløbende debat om de alternativer til benzodiazepiner der findes, eller om hvordan alle kan øge deres kundskaber indenfor området er vitaliserende. Ikke mindst bør man, rent organisatorisk, tage stilling til hvordan nedtrapning kan foregå, hvem der skal uddanne sig, og hvor meget tid der kan sættes af. En måde at engagere folk er at stille konkrete spørgsmål- Hvor stor er udskrivningen? Hvem får og i hvilke situationer? Har man prøvet andre alternativer? Hvor stor er andelen af misbrugere som også er benzodiazepinmisbrugere her? Man kan bede lægerne om at lave en lille egenstatistik hvor de spørger sig selv, hvor mange recepter de udskriver i løbet af en uge, en måned, til hvem, årsag, køn og alder.

Nogle præventive forslag

Viden omhandlende afhængighed og behandlingskompetence bør til stadighed aktualiseres, udvikles og evalueres. Kundskab og opmuntring er nøgleord. I stedet for fordomme bør man indse hvor svært det kan være at komme ud af en afhængighed, også selv om medicinen er piller som de fleste af os kommer til at blive tilbudt på et tidspunkt i livet ved stress, uro, søvnproblemer eller smerte.

Markedet bør gøres mindre kommercielt interessant, og vi bør kræve en bedre gennemgang og dokumentation af præparaternes afhængighedsrisiko. Samarbejde i behandlingskæder kan forbedres med samarbejdsgrupper, programmer og uddannelsesindsatser. For den enkelte patient er det vigtigt med en behandlingsplanlægning, også på tværs af institutioner, foruden dokumentation og udskrivningsoplysninger. Den praktiske omsorg af afhængige og misbrugere præges stadigt på mange måder, ikke af viden, men af fordomme, dogmer og in-

terne fagstridigheder. Den viden der findes trænger til at blive udbredt og implementeret. Først da kan man arbejde med afhængighedsproblemer og tiltrække sig engagement fra læger, terapeuter, specialiserede afhængighedsinstitutioner, almenpsykiatri, primærsektoren, socialarbejdere m.fl.

I en øget forskningsindsats omkring epidemiologi og præventive indsatser er der også brug for mere information omkring skadevirkningerne. Et eventuelt skadebillede og forekomst af langtidseffekter på centralnervesystemets funktioner burde nærmere undersøges. For at det forbyggende arbejde skal kunne gøres mere effektivt, er der brug for kundskab om disse lægemidlers anvendelse i befolkningen, lægernes udskrivningsvaner, samt mere kundskab om risikofaktorer og risikosituationer. Sammenhængen mellem konsumtion, udvikling af afhængighed og misbrug bør yderligere belyses.

Afslutning

Med tidlig koordinering og målrettet behandlingsindsats er prognosen gunstig for patienter med en langvarig afhængighed af nerve- sove- og smertestillende midler. Viden om afhængighedens art og karakter er vigtig udfra et præventivt synspunkt for sundheds- og sygehusvæsenet såvel som for disses samarbejdspartnere.

Det er vigtigt med en individuel vurdering og behandling med hensyn til patienternes personlighedsstruktur i kombination med afhængighedens årsag og omfang.

Trods den langvarige debat om afhængighed og misbrug af benzodiazepiner, er det fortsat sparsomt med dokumentationen omkring prevalens og incidens af dette. Der mangler også viden omkring risikofaktorer bag disse tilstande. Før disse data kan fremlægges kan debatten ikke stoppe.

Holdningen overfor benzodiazepiner er langsomt i gang med at forandres. Dels er bivirkningerne i højere grad kommet i forgrunden, dels stilles der spørgsmål ved de terapeutiske gevinster. I en række studier er det blevet konstateret at en række abstinenssymptomer, fra lette til alvorligere og langvarige, kan udvikle sig selv ved kon-

ventionel anvendelse af disse midler i kort tid. Desuden fremgår det, at en stor andel mennesker, med langvarig konsumtion og kronisk besvær, bliver besværsfrie, og kan klare sig helt uden medicinering, hvis de hjælpes gennem abstinensperioden.

Vore erfaringer fra at have mødt og behandlet benzodiazepinafhængige patienter har givet os en forholdemåde og en behandlingsmodel som i det store hele kan anvendes på de patientgrupper som i dag søger hjælp og behandling for, frem for alt, behandling eller misbrug af smertestillende lægemidler som indeholder svage eller stærke opoider, som f.eks. dextropropoxifen eller kodein, eller kombinationer. Vi må dog heller ikke glemme den nye generation af psykofarmaka som er blevet introduceret, "lykkepillerne" eller antidepressiva – SSRI-lægemidlerne som udskrives i stadigt stigende omfang.

Jeg håber at denne artikel kan være med til at vække nysgerrighed, interesse for fortsat arbejde, samarbejde og stimulere til forskning og udvikling indenfor området.



Modelfoto: Peter Schandorf/Billedhuset 2maj

1. Ordet "Iatrogen" betyder en sygdom som er skabt af behandlingen (o.a.)
2. Utvärdering betyder evaluering på svensk.
3. Busto U, Sellers EM, Naranjo CA, Cappel H, Sanchez-Craig M, Sykora A. Withdrawal reaction after long term therapeutic use of benzodiazepines. *N Engl. J Med* 1986;315: 854-9 samt Schweitzer E, Rickels K, Case G, Grenblatt DJ. Longterm therapeutic use of benzodiazepines II. Effects of gradual taper. *Arch Gen. Psychiatry* 1990, 47: 908-14
4. Vikander B, Borg S, Leifmann S, Tönne U: Läkemedelsberoende. Öppenvårdsbehandling med stödkontakt och långsam nedtrappning ger gott resultat. *Läkartidningen*; Vol. 90, Nr 7: 1993 s 579-82.
5. Nøjagtigt samme forhold gør sig gældende i Danmark (o.a.)

Artiklen er oversat fra svensk af Stig Helweg-Jørgensen.

Britt Vikander er overlæge, psykiater, ved TUB enheden, Karolinska Sjukhuset, Stockholm.