



# METADON & BUPRENORPHIN

Begge præparater blev udviklet i midten af 60'erne, men indtil for ca. 10 år siden var metadon så godt som ene-præparat i substitutionsbehandlingen i Danmark. Rationalet var at erstatte heroinen, så brugeren ikke får stoftrang, rusvirkning eller abstinenssymptomer og dermed kan fungere mere stabilt. De seneste år har Sundhedsstyrelsen i stedet anbefalet Buprenorhin som førstevalgspræparat i substitutionsbehandlingen af bl.a. disse grunde:

- Lavere toksicitet
- Færre narkorelaterede dødsfald
- Ringere risiko for at udvikle afhængighed
- Mindre behov for kontrol i substitutionsbehandlingen/større grad af frihed til patienterne
- Mindre videresalg/spredning til illegalt marked

P.t. er styrelsens mål, at 50 % af patienterne i substitutionsbehandling vælger Buprenorphin (i 2011 var 20 % af patienterne i denne behandling). Det diskuteres hvorvidt Buprenorphin reelt er et bedre valg. Fx ser nogle brugere anbefalingen mere som et påbud, hvor man mod sin vilje kan risikere at skulle skifte fra den velkendte Metadon. Sundhedsstyrelsen argumenterer, at fordi Buprenorphin kræver mindre kontrol, kan brugerne få medicin med hjem til flere dage og dermed få en større frihed i forbindelse med behandlingen. Følg diskussionen på Sundhedsstyrelsen.dk, Gadejuristen.dk, Misbrugsnet.dk m.v.

Red.

NDC 12496-1310-2 30 Tablets Rx only  
**SUBUTEX**

Usual Dose: See Product Information. Store at 25°C (77°F) (see insert).  
 Mfg. by: Reckitt Benckiser Healthcare Pharm.

NDC 0054-3555-63 500 mL  
**METHADONE**   
**HYDROCHLORIDE**  
 Oral Solution USP  
 5 mg per 5 mL

**BUPRENORPHINE**  
**HYDROCHLORIDE**  
 Sublingual Tablets  
 2 mg\*  
 PHARMACIST: Dispense the accompanying Medication Guide to each patient.  
 Rx only  
 30 TABLETS

**METHADONE**   
 Dispersible Tablets  
 Methadone Hydrochloride  
 Tablets for Oral Suspension USP  
 40 mg

**Suboxone**  
 (buprenorphine and naloxone) sublingual film  
 2 mg/0.5 mg  
 Rx only

**Suboxone**  
 (buprenorphine and naloxone) sublingual film  
 2 mg/3 mg  
 Rx only

**Suboxone**  
 (buprenorphine and naloxone) sublingual film  
 12 mg/3 mg  
 Rx only

DISCARD UNUSED PORTION.  
 Rev. 12/09 RN1021-03  
**AMERICAN REGENT, INC.**  
 SHIRLEY, NY 11967

---

# FRA METADON TIL BUPRENORPHIN – ERFARINGER FRA PRAKSIS

Det kan volde problemer for patienter i substitutionsbehandling at skifte præparat. I Viborg har man arbejdet med at lette processen.

---

AF TRINE LUND FREDERIKSEN & LOUISE PINSTRUP NIELSEN

I vores arbejde som sygeplejersker på Rusmiddelcenter Viborg har vi ofte oplevet, at det kan være vanskeligt for patienter at skifte fra metadon til buprenorphin. Sideløbende med vores arbejde i ambulatoriet har vi forsøgt at udvikle et redskab til at lette denne problematik for at kunne gøre behandlingen bedre – både for brugerne og for os som personale, og vi har valgt at formidle vores erfaringer her i STOF, så andre måske kan drage nytte af dem.

## Baggrund

Tre sygeplejersker har ansvaret for udlevering af substitutionsmedicin ved Rusmiddelcenter Viborg. Centret har i alt 127 patienter, hvoraf 85 er på metadon og 42 på buprenorphin (både monobuprenorphin, Subutex® og buprenorphin/naloxon, Suboxone®).

Hovedparten af vores patienter i substitutionsbehandling har eller har haft et langvarigt, massivt brug af euforiserende stoffer med hovedvægt på opiatier. De ønsker eller magter ikke nogen ændring i form af stoffrihed. Mange har en psykisk lidelse (ikke alle er diagnosticeret), er personlighedsforstyrrede eller har neurologiske og cerebrale skader.

Når en patient skifter fra metadon til buprenorphin, har vi tidligere fulgt Sundhedsstyrelsens anbefalede retningslinjer. Alligevel har vi ofte observeret, at patienten kan have svært ved at holde sig til metado-

nordinationen op til skiftet. Trods stor dosis buprenorphin blev patienten ved med at klage over smerter, som vedkommende mente var abstinenssmerter. Vi fik mistanke om, at smerterne ikke var abstinenser, men derimod muskelsmerter, og vi valgte forsøgsvis at give 1g paracetamol, hvorefter det viste sig, at patienten efter en halv time følte sig klar til at tage hjem. Senere har patienter i samtaler om forløbet fortalt, at det var muskelsmerter, de havde, og at paracetamol hjalp dem.

Dette gav anledning til en samtale med vores læge om effekten af smertebehandling ved skift fra metadon til buprenorphin, fordi vores patientgruppe generelt bliver bange og stressede, når de mærker smerter og ubehag. På grund af en ringe kropsforståelse tolker de ofte smerterne som abstinenser, men de smerter, vi dækker med paracetamol, må være kommet i forbindelse med skiftet fra metadon til buprenorphin, da de forsvinder 2-3 døgn efter skiftet. Et vigtigt bidrag til denne opfattelse er patienternes egne oplevelser af virkningen af paracetamol på det ubehag, de tolker som abstinenser (og vi tolker som smerter). Ubehaget blev mindre, da effekten af paracetamol indtraf, men man skal huske, at også buprenorphin har en smertestillende effekt.

Denne smerteproblematik gør det svært for patienten at være i processen, hvilket kræver en særlig behandling og opmærksomhed fra personalets side.

På baggrund af vores erfaringer har vi gjort os følgende overvejelser:

## Patientcase 1: Kvinde, 40 år

TIDSLINJE	PATIENT	PERSONALE OBSERVATION OG HANDLING
<b>4 uger op til behandlingsændring -</b> metadon dosis nedtrappes til 50mg	Motiveret, føler sig velinformeret om forløb	Information omkring skift og virkning af buprenorfin
<b>Fredag</b> Sidste dosis metadon	Patienten informeres om konsekvens ved brug af opioider i weekenden	
<b>Mandag</b> Kl. 9.00 Kl. 9.15 Opstart med 2 mg buprenorfin Øges 2 mg hver halve time Kl. 10.20 Efter indtag af 6 mg buprenorfin Kl. 10.30 Der gives 4 mg buprenorfin Kl. 11.00 Ved 10 mg øges der med 2 mg buprenorfin hvert kvarter Kl. 13.00 Nu indtaget 26 mg buprenorfin Kl. 13.10 Snak med patient om symptomer kontra høj buprenorfin dosis og lav stabil puls Kl. 14.00 Samlet buprenorfin dosis for dagen er 28 mg	Patienten forsikrer, at der intet indtag af opioider har været siden fredag	Objektivt ses patienten ikke abstinent eller påvirket
	Motorisk urolig, smerter i led og muskler, kvalme, bleg, svedende, høj puls	Der gives massage. En fra personalet er hos patienten hele tiden
	Symptomer uændret	Nærvær og massage
	Symptomer uændret	Nærvær og massage
	Føler stadig meget ubehag, uro og smerter	Der måles stabil lav puls
	Patienten fortæller om opioidindtag i weekenden, da det var for svært med sidste dosis fredag	Der gives 1g paracetamol til smerter i muskler og led
God effekt af paracetamol Føler sig klar til at tage hjem	Medgives paracetamol til resten af døgnet samt 2 x 2 mg buprenorfin	
<b>Tirsdag</b> Kl. 9.00	Føler stadig uro. Motiveret for at fortsætte. Har taget paracetamol samt de 4 mg buprenorfin	Udleverer til indtagelse 8 mg buprenorfin, og patient medgives 4 x 2 mg buprenorfin samt paracetamol til følgende døgn
<b>Slutning af ugen for skift</b>	Er glad for skiftet. Føler mere energi, vågen og klar	Stabiliseres på 16 mg buprenorfin dagligt

- Vi ønsker på sigt at implementere en fast procedure for skift fra metadon til buprenorfin, hvor overgangen for patienten bliver så smertefri som muligt. Vi mener, at dette kan lade sig gøre ved brug af et smertestillende middel som for eksempel paracetamol.
- Vi oplever, at de patienter, der har skiftet fra metadon til buprenorfin, giver udtryk for en væsentlig forbedret livskvalitet i form af øget energi, skærpede sanser, bedre hukommelse, øget koncentration og øget refleksionsniveau – altså et generelt højere kognitivt funktionsniveau og øget fysisk formåen.
- Vi har erfaret, at de patienter, der har skiftet fra metadon til buprenorfin eller har fået buprenorfin fra start, er gode ambassadører for behandling med buprenorfin. De 'smitter andre med den gode historie' om fordelene ved buprenorfin og påvirker i høj grad andre patienters motivation til at starte i buprenorfinbehandling.

renorfin fra start, er gode ambassadører for behandling med buprenorfin. De 'smitter andre med den gode historie' om fordelene ved buprenorfin og påvirker i høj grad andre patienters motivation til at starte i buprenorfinbehandling.

### Patientgruppen

De to patienthistorier, der dannede grundlag for mistanken om muskelsmerter fremkaldt af abstinenser, er beskrevet i skema 1 og 2. Derudover har der været 11 skift fra metadon til buprenorfin, hvor vi har fulgt proceduren, som beskrevet i skema 3.

Kendetegnene for de patienter, der har skiftet til buprenorfin, er, at de alle er i dårlig fysisk form og har dårlig kropskontakt og -forståelse. Men alle øn-

sker en forandring i deres liv i form af fysiske ændringer – fx mere energi i hverdagen, mindre svedtendens eller bedring af svær forstoppelse.

Før skiftet har ingen af patienterne ytret ønske om psykisk bedring. På trods af dette giver de udtryk for, at det er de psykiske ændringer, der er den største, positive gevinst efter skiftet.

Så snart en patient har ytret ønske om at skabe ændringer i hverdagen, er dette blevet opfanget af fagpersonalet og brugt som anledning til en samtale med patienten om muligheden for at skifte fra metadon til buprenorphin. Fælles for alle patienter er, at det altid er frivilligt, om de vil skifte.

Information og materiale har som udgangspunkt omhandlet kombinationsproduktet buprenorphin/naloxone (Suboxone®), som er førstevalgspræparat i Sundhedsstyrelsens vejledning.<sup>1</sup> Såfremt en patient har ønsket monobuprenorphin (Subutex®) i stedet, er dette dog blevet imødekommet. I det nedenstående vil anvendelsen af buprenorphin således indbefatte både kombinationspræparatet og monobuprenorphin.

Der er ikke i alle tilfælde set abstinenser (smerter) hos patienterne inden opstart med buprenorphin, men der er altid blevet fremkaldt abstinenser (smerter) under forløbet. Alle har minimum en uge før skiftet trappet ned til 30- 40 mg metadon med sidste indtag 24 timer før skift.

Alle patienter har sagt ja til at deltage i denne praksisbeskrivelse.

### Fag-etiske overvejelser

Vores erfaring er, at patientgruppen har svært ved at udholde abstinenser i weekenden, hvis ikke de får medicinsk støtte. Derfor har vi valgt, at patienten får sidste metadondosis søndag morgen, så vedkommende møder til skiftet mandag morgen med kun få eller ingen abstinenser. Der er to fordele ved denne fremgangsmåde: Patienten føler sig tryk ved at gå weekenden i møde, og vi har tidsrummet indtil fredag til stabilisering af ny medicin. Da vi har med en meget sårbar gruppe at gøre, er vi som personale blevet meget bevidste om at give tryghed før, under og efter skiftet. Dette mener vi er med til dels at fastholde patienternes motivation til at skifte, dels at de kommer godt igennem den første tid efter skiftet, hvor de vil opleve både kognitive og fysiske forandringer,

der kan virke meget overvældende for denne patientgruppe. Et af redskaberne til at give tryghed er, at personalet altid er disponibelt, når patienten har behov for det. Som fagperson er det vigtigt at bevare roen, når patienten har det dårligt, så vedkommende ikke går i panik, men støttes til at turde forblive i processen under skiftet.

Et andet instrument til at hjælpe ved medicinskiftet er 'patient til patient'-information med erfaringerne før, under og efter skiftet. Derfor indgår et tilbud om samtale med en anden patient i ovenstående procedure.

Da skiftet ikke foregår i døgnregi, medgives 2 x 2mg buprenorphin altid til selvadministration de første 2 døgn som en tryghedsfaktor.

Til de første to patienter brugte vi ikke et abstinensscore-skema i forbindelse med skiftet, men vi er efterfølgende blevet bekendt med det validerede Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS) abstinensscore-skema<sup>2</sup> og har herefter brugt det til de øvrige skift og nye behandlingsforløb (opstarter). Skemaet har været et brugbart redskab i forhold til at følge abstinensforløbet hos patienten.

Det er vores erfaring med denne patientgruppe, at de på grund af en dårlig kropsforståelse ofte tolker ubehag i kroppen som abstinenser. Abstinensskemaet giver os mulighed for en ensartet vurdering, og der lægges særlig vægt på de subjektive abstinenssymptomer, som patienten har oplyst om ved start.

Abstinensscore-skemaet giver os yderligere en mulighed for – visuelt - sammen med patienten at følge ændringerne i deres abstinensforløb. Skemaet er særlig brugbart, når abstinensskema og patientens opfattelse ikke stemmer overens, da dette giver mulighed for en snak om, hvad ubehaget kan skyldes:

- Utryghed ved hele situationen
- Fysisk træthed eller smerter efter abstinenser

Ud over trygheden ved at kunne øge buprenorphindosis samt give paracetamol for smerter er vi også blevet mere bevidste om vigtigheden af at give omsorg. Denne omsorg udøves ud fra nogle af elementerne fra mindfulness-konceptet i form af ånde- drætsøvelser, fysisk berøring, massage og fysisk/psykisk nærvær. Efter anbefaling fra vores brugere har vi indrettet et hyggeligt opholdsrum med sofa, bord, tv og stearinlys. Rummet afspejler ro og tryghed, og det er blevet rigtig godt modtaget.

## Patientcase 2: Mand, 50 år

TIDSLINJE	PATIENT	PERSONALE OBSERVATION OG HANDLING
<b>14 dage til behandlingsændring</b> - metadondosis nedtrappes til max 30 mg i løbet af 14 dage	Patienten føler sig motiveret og velinformet om forløb	Informeret omkring skift og virkning af buprenorphin
<b>Tirsdag morgen</b> Sidste dosis metadon	Informeret om indtag af supplerende opioider	Da hjemmeplejen udleverer anden medicin til patienten dagligt, informeres hjemmeplejen om skiftet
<b>Onsdag</b> Kl. 9.00  Kl. 9.15 Opstart med 2 mg buprenorphin Øges med 2 mg hver halve time  Ved 16 mg buprenorphin Ved 20 mg buprenorphin	Lettere uro. Forsikrer, at han ikke har indtaget opioider ud over det ordinerede	Observerer lettere uro
	Patienten bliver tiltagende urolig, smerter i kroppen, bange	Nærvær, fysisk berøring og åndedræts øvelser
	Har mange smerter i led, muskler og mave. Urolig og bange. Benægter yderligere indtag af opioider	Der gives 1g paracetamol. Nærvær samt fysisk berøring
	Ønsker at komme hjem. Er træt, øm i muskler, har svært ved at gå	Medgives 5 x 2 mg buprenorphin samt paracetamol til resten af døgnet
<b>Torsdag</b> Kl. 9.00	Patienten ringer. Stadig smerter i kroppen, men paracetamol har effekt Har indtaget de 5 x 2 mg buprenorphin	Starter med 26 mg buprenorphin samt paracetamol til resten af døgnet. Mundtlig information om sammenhængen mellem abstinenser og muskelsmerter både til patient og hjemmepleje
<b>Fredag</b> Kl. 9.00	Patienten kan stadigvæk ikke afhente medicin pga. smerter	Starter med 26 mg Suboxone til fredag, lørdag og søndag samt paracetamol til weekenden
<b>Efter 1 uge</b>	Patienten er glad for at være skiftet. Mere energi og overskud. Ikke flere smerter. Haft god hjælp af paracetamol mod muskelsmerter	Døgndosis: 12 mg buprenorphin

### PROCEDURE PÅ RUSMIDDELCENTER VIBORG VED SKIFT FRA METADON TIL BUPRENORPHIN

<b>Inden skift fra metadon til buprenorphin</b>	Folder om buprenorphin gennemgås Strukturen for dag 1 gennemgås, og der tales om forventninger Patienten taler med lægen i ugen op til skiftet Hvis det ønskes, kan patienten tale med en anden patient, der selv har prøvet skiftet fra metadon til buprenorphin. Kontaktperson deltager altid En sygeplejerske er altid disponibel til en samtale med patienten for at skabe tryghed og fortsat motivation i skiftet Personalet tager en samtale med patienten om oplevelser og erfaringer ved abstinenser.
<b>Dag 1</b>	1g paracetamol ½ time før start Ved opstart af buprenorphin benyttes COWS' opioid abstinenskema Efter første observation gives 2 mg buprenorphin, uanset om der scores abstinenser eller ej Patienten sidder derefter en ½ time. Der må ryges og drikkes efter 20 min. Der scores igen en ½ time efter første observation, og der gives herefter 2 mg buprenorphin mere Dette forsætter hver ½ time, til patienten føler sig tryk og klar til at tage hjem Der medgives 2 x 2 mg buprenorphin, der kan tages, hvis der opstår abstinenser i løbet af dagen/natten Der instrueres i indtag af paracetamol hver 6. time de første 2 døgn svarende til vanlig behandling af lettere smerter. Paracetamol medgives, hvis patienten ikke selv har dette i hjemmet.
<b>Dag 2</b>	Samtale med lægen Indtagelse af den ordinerede dosis buprenorphin. Der medgives 2 x 2 mg buprenorphin Der følges op på, hvordan det forløbne døgn er gået, og tales om forventningerne til det kommende døgn. Der informeres om, at buprenorphin i løbet af de næste par dage vil falde i niveau, så patientens forventninger afpasses til virkeligheden.
<b>Dag 3</b>	Patienten møder til indtagelse af den ordinerede dosis Det vurderes, om der skal gives 2x2 mg buprenorphin med til selvadministration Der følges igen op på det forløbne døgn



## Fejlkilder

Da vi har med en sårbar patientgruppe at gøre, er vi også bevidste om, at der kan være indtaget andre former for beroligende medicin op til skiftet. Dette være sig i form af benzodiazepiner eller andet, som kan være med til at påvirke, hvordan skiftet opleves. Efterfølgende samtaler med patienterne har vist, at det ofte er benzodiazepiner, de har indtaget inden skiftet for at dæmpe deres nervøsitet. På trods af selvmedicineringen har vores oplevelse været, at de patienter, der har skiftet fra metadon til buprenorphin, har haft smerter under skiftet og i de følgende dage. Patienterne har givet udtryk for, at paracetamol har dæmpet disse smerter.

Vi har ingen kontrol i form af urinprøver eller andet inden opstart, da de fleste stoffer vil være i blodet over flere døgn, selvom de ikke er indtaget på dagen. Dette er et bevidst fravalg, da patienterne frivilligt har ønsket at skifte over.

Patienterne er grundigt informeret om alene at indtage den lægeordnede medicin op til skiftet og konsekvensen ved ikke at overholde dette. Vi foretager en klinisk observation af patienten på dag 1, og hvis vedkommende synes påvirket, tager vi en samtale og vurdering af, om et skift kan ske forsvarligt den dag.

## Vejledning og virkelighed

Vejledningen fra Sundhedsstyrelsen har i vores ambulante regi vist sig ikke altid at være realistisk, når det vedrører et medicinskift fra metadon til buprenorphin. Dette har blandt andet vist sig ved et samtidigt, ukontrolleret indtag af opioider, da vores patientgruppe ikke magter at udholde ubehag i form af abstinenser. Dette har givet anledning til refleksion over, hvorledes vi kunne tilpasse vores rammer og ressourcer i skiftet fra metadon til buprenorphin, så processen bliver nemmere, og flere patienter ønsker at skifte over.

At udlevere paracetamol i starten af skiftet og de efterfølgende dage har vist sig at være medvirkende til at lette overgangen. Den gode historie går fra mund til mund, og vi oplever en stigende patientinteresse for at høre om buprenorphin, og flere får mod på at skifte medikament.

## Konklusion

Vores generelle erfaring er, at skiftet fra metadon til buprenorphin er svært for de fleste patienter i substitutionsbehandling. Til trods for høje doser buprenorphin klagede de fleste patienter fortsat over abstinenser eller abstinenslignende symptomer.

Vi fik mistanke om, at der var tale om muskelsmerter opstået akut i processen med skift af medikament, og at disse smerter kunne behandles med paracetamol. Havde der været tale om kroniske smerter, som havde været dæmpet, mens patienten var i metadonbehandling, vurderer vi, at paracetamol ikke havde kunnet få smerterne til at forsvinde efter 2 – 3 døgn. For øvrigt har buprenorphin en tilsvarende smertelindrende effekt som metadon.

En række patienthistorier viser, at patienterne kommer hurtigere og nemmere gennem skiftet fra metadon til buprenorphin, når de får paracetamol til behandling af de oplevede smerter. Samtidig kan vi se, at patienter, der er skiftet fra metadon til buprenorphin, oplever en stærkt forbedret livskvalitet i form af øget energi, skærpede sanser, bedre hukommelse samt øget koncentrations- og refleksionsniveau – altså et generelt højere kognitivt funktionsniveau og øget fysisk formåen. Erfaringerne har medført, at der nu på Viborg Rusmiddelcenter er fastlagt en procedure for skiftet fra metadon til buprenorphin.

Fordelene er åbenlyse: Et godt forløb i medicinskiftet øger chancen for et vellykket behandlingsforløb. ■

*Forfatterne kan kontaktes på [tlf@viborg.dk](mailto:tlf@viborg.dk) & [lon@viborg.dk](mailto:lon@viborg.dk)*

## LITTERATUR

1. Sundhedsstyrelsen: Vejledning om den lægelige behandling af stofmisbrugere i substitutionsbehandling af 1. juli 2008. [www.sst.dk/publ/Publ2008/EFT/Narkotika/vejledning\\_stofmisbrugere\\_juli2008.pdf](http://www.sst.dk/publ/Publ2008/EFT/Narkotika/vejledning_stofmisbrugere_juli2008.pdf)
2. Tompkins, D.A. et al.: Concurrent Validation of the Clinical Opiate Withdrawal Scale (COWS) and Single-Item Indices against the Clinical Institute Narcotic Assessment (CINA) Opioid Withdrawal Instrument. *Drug Alcohol Depend.* 2009, November 1; 105(1-2): 154–159.

## LÆS MERE:

Nina Brúnés: Projekt Socialsygeplejerske – fra indlagt stofmisbruger til indlagt patient. Projekt UDENFOR. 2007.

Se fx Bilag 6, skema med eksempel på retningslinjer for akut smertebehandling af opioidbrugere, udarbejdet af anæstesioverlæge Nan Sonne, Smerteklinikken, Bispebjerg Hospital.

[www.udenfor.dk/dk/materiale/bibliotek/pu-publikationer/projekt-socialsygeplejerske.pdf](http://www.udenfor.dk/dk/materiale/bibliotek/pu-publikationer/projekt-socialsygeplejerske.pdf)

*Red.*