



Nedtrapping av antipsykotiske legemidler

DEBATT

JØRGEN G. BRAMNESS

E-post: jobr@fhi.no

Jørgen G. Bramness er spesialist i psykiatri, seniorforsker ved Folkehelseinstituttet og Nasjonal kompetansetjeneste for samtidig rusmisbruk og psykisk lidelse (NK-ROP) ved Sykehuset Innlandet på Hamar og professor II ved Institutt for klinisk medisin, UiT – Norges arktiske universitet. Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ULRIK FREDRIK MALT

Ulrik Fredrik Malt er professor emeritus ved Universitetet i Oslo og leder av Norsk psykiatrisk forening.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Nypubliserte kliniske råd om nedtrapping og seponering av antipsykotiske legemidler kan bidra med god kunnskap for bedre praksis i et evidenssvakt felt.

Norsk psykiatrisk forening tok i 2018 initiativet til at en arbeidsgruppe skulle se på den foreliggende kunnskapen om hvordan man bør trappe ned eller eventuelt seponere antipsykotiske legemidler. Sluttproduktet av arbeidet er nå publisert (1). Det var mange grunner til at foreningen ønsket å ta et slikt initiativ.

For det første ønsket Norsk psykiatrisk forening å være proaktive ved å markere hva som er god praksis på feltet. Norske leger generelt, og norske psykiatere spesielt, har i de senere årene altfor ofte vært passive mottagere av forordninger og pålegg. Legene er blitt sittende i utførerrolle, ofte med en mer eller mindre uttalt og godt begrunnet motstand.

For det andre ønsket Norsk psykiatrisk forening å gi medlemmene eierskap til fagutviklingen. Flere norske fagmiljøer, også innen psykiatrien, bør ta et større ansvar for fagets premisser og utvikling.

For det tredje, og mer spesifikt i denne situasjonen, ønsket foreningen å komme med et faglig basert bidrag opp mot de medikamentfrie behandlingstilbudene. Fra 2015 har helseministeren pålagt alle regionale helseforetak å etablere medikamentfrie behandlingstilbud for pasienter i psykisk helsevern (2). Dette er en av mange føringer som psykiatrien opplever som påtvunget utenfra, og det har vakt stort faglig engasjement blant kollegene (3), blant annet grunnet mangel på forskningsbasert kunnskap om effekten av medikamentfri behandling. Organiseringen av og intensjonen med disse medikamentfrie behandlingstilbudene spriker svært mye. Uavhengig av hva man måtte mene om disse avdelingene, vil mange psykiatere måtte håndtere nedtrapping av medisiner og vite hvordan dette gjøres på en trygg måte. Da er det viktig at man kjenner den beste

kunnskapen for å gjennomføre nedtrappingen.

Flere norske fagmiljøer, også innen psykiatrien, bør ta et større ansvar for fagets premisser og utvikling

Det er et selvsagt krav at psykiatrisk behandling skal være evidensbasert så langt det lar seg gjøre. Den kliniske virksomheten skal være basert på den beste tilgjengelige kunnskapen, slik den forstås. Dette skal sikre at pasienter til enhver tid får den beste behandlingen uavhengig av hvor vedkommende bor og hvem vedkommende møter. Råd om nedtrapping av antipsykotiske legemidler (1) er basert på den beste tilgjengelige kunnskapen og har forholdt seg til metoden angitt i Helsedirektoratets *Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer* (4). Rådene bygger på en systematisk gjennomgang av litteraturen på området og tilgrensende områder. Det kommer fram at dette er et evidenssvakt felt, med svært lite empiriske data. Rådene tar imidlertid også opp i seg kunnskap fra praksisfeltet.

Rådene fastslår at man skal følge behandlingsretningslinjer med tanke på hvor lenge man bør behandle en psykotisk tilstand. Nedtrapping av antipsykotiske legemidler kan være krevende og må tilpasses individuelt. Ved nedtrapping bør man ikke fjerne mer enn 25–30 % av dosen ved hver anledning. Man kan behøve å redusere dette til 10 % av dosen. Det bør gå minst to måneder mellom hvert nedtrappingstrinn. Videre nedtrapping eller reversering bør avgjøres på grunnlag av psykotiske symptomer og nedtrappingsreaksjoner. Forhåpentligvis vil disse rådene øke sjansene for at nedtrapping skal gå bra og at risikoen for nedtrappingssymptomer og tilbakefall minimeres.

LITTERATUR:

1. Bramness JG, Castberg I, Hanssen KM et al. Kliniske råd for nedtrapping og seponering av antipsykotiske legemidler. Oslo: Norsk psykiatrisk forening, 2020.
<https://www.legeforeningen.no/contentassets/ed8d9189acce404b88f405184b7e26ab/kliniske-rad-for-nedtrapping-av-psykotrope-legemidler-r1-utentc-1-2.pdf> Lest 18.5.2020.
2. Medikamentfrie tilbud i psykisk helsevern – oppfølging av oppdrag 2015. Oslo: Helse og omsorgsdepartementet, 2015.
<https://www.regjeringen.no/no/dokumenter/medikamentfrie-tilbud-i-psykisk-helsevern-oppfolging-a-v-oppdrag-2015/id2464239/> Lest 18.5.2020.
3. Røssberg JI, Andreassen OA, Ilner SO. Medisinfrie sykehusposter – et kunnskapsløst tiltak. Tidsskr Nor Legeforen 2017; 137: 426–7. [PubMed]
4. Veileder for utvikling av kunnskapsbaserte retningslinjer. Oslo: Helsedirektoratet, 2012.
<https://www.helsedirektoratet.no/veiledere/utvikling-av-kunnskapsbaserte-retningslinjer> Lest 18.5.2020.

Publisert: 24. juni 2020. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.20.0322

Mottatt 8.4.2020, første revisjon innsendt 14.5.2020, godkjent 18.5.2020.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2020. Lastet ned fra tidsskriftet.no