

Angst- og sovemedisiner: Slik avsluttes behandlingen

Vellykket nedtrapping forutsetter at helsepersonell har kunnskap om toleranse og abstinenser.

Forfattere

Jørgen G. Bramness

Spesialist i psykiatri, seniorforsker og professor II
Nasjonalt kompetansesenter for samtidig rus og psykisk lidelse og Institutt for klinisk medisin, UiT

Tom Vøyvik

Overlege, spesialist i rus- og avhengighetsmedisin
Trasopklinikken

Sykepleien 2018 106(65667)(e-65667)

DOI: <https://doi.org/10.4220/Sykepleiens.2018.65667>

Når man starter med benzodiazepiner eller z-hypnotika, bør man ha en plan for hvor lenge behandlingen skal vare, og hvordan den skal avsluttes. Ideelt sett bør man ikke starte en behandling man ikke ser for seg man kan avslutte.

Det kan være vanskelig å bli enige med pasienten om avslutning. Pasienten opplever å ha nytte av medikamentene og er ikke motivert for å slutte. Mange har også opplevd betydelige plager ved tidligere forsøk på å slutte. Men med tid og aktiv lytting vil en god samtale kunne motivere og skape en ny situasjon. Grunnet for en samtale som kan ende med nedtrapping, er imidlertid at du har en forståelse av hva toleranse og abstinenser er.

Toleranseutvikling

Toleranse innebærer at man har mindre effekt av samme dose eller må øke dosen for å oppnå samme effekt. Dette fordi kroppen vender seg til medikamentet og forsøker å «motvirke» effektene gjennom såkalt homeostase. Dette er også grunnen til abstinenser hvis man avslutter bruken. Kroppen får ikke det den er vant til å få.

Ved jevnlig bruk får man toleranse for benzodiazepiners og z-hypnotikas virkninger. Brukt hver dag i tre–fire uker har man det ikke bedre med disse medisinene enn det man ville hatt uten. Toleransen er så å si fullstendig for søvneffekten og antakelig også for den angstdempende effekten. Det er ikke den samme toleranseutviklingen for bivirkninger, som nedsatte psykomotoriske ferdigheter eller kognitive evner. Ved jevnlig bruk sitter man igjen med få virkninger og mye bivirkninger.

Ved regelmessig bruk opplever likevel pasienten det som om benzodiazepiner eller z-hypnotika virker hver gang. Her forveksler man den akutte virkningen med konsekvenser av toleranse. Dette gir pedagogiske utfordringer i samtalene om endring av bruk.



«Brukt hver dag i tre–fire uker har man det ikke bedre med disse medisinene enn det man ville hatt uten.»

For pasienten er det stor forskjell på timene etter at man har tatt eller ikke har tatt en sovetablett. Men når toleranse er oppnådd, sover man ikke bedre med sovetabletter enn uten. Stopper man bruken, kan man over tid vende tilbake til en mer normal søvn. Ved lengre tids jevnlig bruk vil man få abstinenser om man slutter. Å fortsette bruken av for eksempel sovetabletter blir mer en unngåelse av abstinenser enn en søvnfremkallende behandling.

Mange bruker midlene intermitterende. De tar dem noen få ganger i måneden eller i høyden noen ganger i uken (1). Da er toleranseutviklingen betydelig mindre, og man beholder mer av den opprinnelige effekten. Det blir en vurderingssak om dette er et brudd med anbefalingene eller ikke.

Avslutte bruken?

Av og til bør pasienten av ulike grunner stoppe eller redusere bruken av benzodiazepiner eller z-hypnotika. Det er viktig å involvere pasienten i beslutningen og opptre støttende. Som ved mye annen helserelatert atferd vil noen slutte tilsynelatende problemfritt, om de får informasjon. Av og til vil en kort samtale være nok til å sette i gang en undring og en endringsprosess (2).

For andre er det vanskeligere. Pasienten kan fremdeles ha angst eller søvnproblemer. Han eller hun har kanskje forsøkt å klare seg uten noen ganger, men har opplevd det som vanskelig. Bare tanken på å være uten disse medisinene skaper engstelse. Som regel har pasienten selv tenkt tanken om at dette ikke er bra, eller har blitt møtt med kritikk av andre. Informasjonen du kommer med, kan leses inn i dette moralske landskapet og være både kjent og fryktet.

Noen ganger blir man så frustrert over stadige krav om benzodiazepiner eller z-hypnotika at man som behandler ønsker å sette ned foten. Da blir avslutningen av behandlingen en ensidig handling. Det finnes lite forskning på hvordan dette går for pasienten. En langsom nedtrapping lykkes bedre på sikt. En brå avslutning kan i verste fall føre til brudd i behandlingsrelasjonen. Man må også huske at både livssituasjon og psykiske problemer kan være så vanskelige at nedtrappingen ikke skal igangsettes akkurat nå.

Nedtrapping

Ikke alle pasienter behøver å trappe ned. Noen, som bruker lave doser, kan bare seponere. Om man bruker over et visst nivå av benzodiazepiner eller z-hypnotika, bør man trappe ned. Hvor høyt dette nivået er, kan diskuteres. Om man bruker til sammen mer enn ekvivalenten til 10–20 mg diazepam hver dag, vil mange synes det er for tøft å slutte brått.

Det kan også være farlig å brå-seponere, fordi man kan få et delir. Delir er potensielt livstruende og innebærer sykehusbehandling. Det kan være vanskeligere å gjenkjenne et benzodiazepin-delir enn et alkohol-delir fordi det kommer senere og mer snikende.

Ulike pasienter, ulike behov

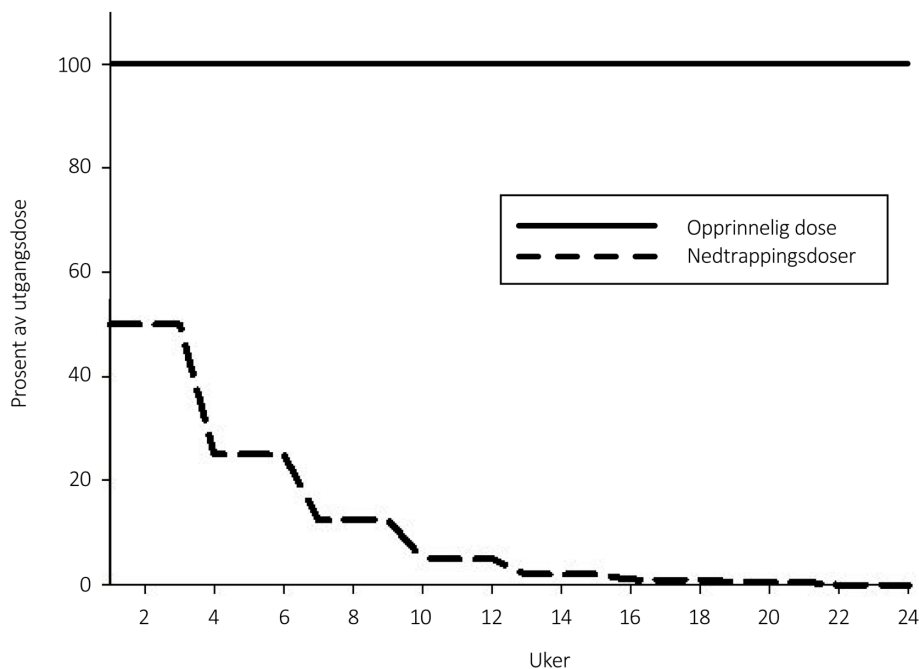
Mange som synes det er vanskelig å slutte med benzodiazepiner og z-hypnotika, har gjort tidligere forsøk med brå-seponering og har opplevd dette som svært ubehagelig. De har negative erfaringer fordi de ikke har trappet ned over tid. Det er viktig å bruke erfaringene fra slike tidligere avslutninger når man skal legge opp en plan for nedtrapping.



«Ikke alle pasienter behøver å trappe ned.»

Ulike pasienter vil ha ulike behov og mestringssevne. Vi må planlegge ulike nedtrappingsregimer. Felles er at nedtrappingen bør foregå trinnvis. Man kan ta store trinn i begynnelsen, men mindre etter hvert (figur 1). Når man først har bestemt seg for å begynne, kan man godt ta bort halve dosen først. Ut over det er det vanskelig å være konkret med hensyn til størrelsen på trappetrinnene.

Figur 1: Nedtrapping av benzodiazepiner



NEDTRAPPINGSTEMPO: Eksempel på poliklinisk nedtrapping av benzodiazepiner. Man kan starte med å ta bort halvparten av dosen i begynnelsen og så tenke halvering etter hver andre til tredje uke (lenger for eldre pasienter). Det er viktig at nedtrappingshastigheten er et tema for samtale mellom pasient og behandler.

Hvor sterke abstinenser hver pasient vil oppleve, og hvordan han eller hun vil mestre abstinensene, vil variere sterkt. Antakelig er summen av de abstinenser hver enkelt pasient opplever, nokså konstant om man velger å ta små eller store trinn. Ved store doser brukt lenge blir det mange trappetrinn over lang tid. Vi snakker måneder fremfor uker. For noen pasienter må man forlenge tiden på hvert trinn mellom hver dose. Etter mange år med fast bruk er det en krevende endring som man må bruke tid på.



«Ved store doser brukt lenge blir det mange trappetrinn over lang tid. Vi snakker måneder fremfor uker.»

Hvor lenge man skal vente mellom hvert trinn i nedtrappingen, bestemmes av legemiddelets terminale eliminasjonshalveringstid ($T_{1/2}$) og kunnskapen om at ny stabil konsentrasjon (*steady state*) oppnås etter omtrent fem ganger $T_{1/2}$. Mange benzodiazepiner har en $T_{1/2}$ rundt ett døgn, noe som indikerer at man ikke må trappe ned oftere enn én gang i uka.

Langtidsabstinens

Pasienten må «komme seg» mellom hvert trinn. De må støttes og oppleve at ubehaget ved abstinenser går over. Mange tar derfor et trinn annenhver uke. Eldre mennesker kan ha en betydelig øket $T_{1/2}$ og må derfor vente lenger mellom hvert trinn.

Det er viktig med jevnlige møter i hele nedtrappingsperioden for å snakke om abstinensplager og for å kontrollere at man ikke tar for store trinn. Pasienten bør gis anledning til å oppleve mestring med faste doser. Dosen bør beholdes selv om det går litt lengre tid mellom hver nedgang i dose.

De siste milligrammene kan kreve lang tid før seponering. Noen pasienter opplever en type «langtidsabstinens», som nødvendiggjør svært langsom nedtrapping.



«Noen pasienter opplever en type ‘langtidsabstinens’, som nødvendiggjør svært langsom nedtrapping.»

Flere legemidler

Om pasienten bruker flere ulike benzodiazepiner og/eller z-hypnotika, kan det være riktig å konvertere til ett middel. Ved konvertering til for eksempel diazepam må man sørge for tilstrekkelig dose. Diazepam har den fordelen at det finnes i tilstrekkelig lave styrker til at det er mulig å administrere små trinn mot slutten av nedtrappingen.

Om man skal trappe ned flere ulike vanedannende legemidler, er det ikke anbefalt å begynne med benzodiazepiner og z-hypnotika. Alkohol og opiater bør være ute av bildet før benzodiazepinabstinensen kommer.

Ved nedtrapping i døgnavdeling kan man gå betydelig fortere frem. Man har som regel ikke anledning til å ha pasientene inne i flere måneder for å trappe ned. Man kan følge pasienten på en medisinsk sikker måte og selv store doser kan tas i tre–fem trinn. Man kan styre etter hvor mye abstinenser pasienten har (3).

En rask nedtrapping i døgnavdeling kan kompliseres av abstinens etter utskrivning. Det må gis en god oppfølging etter utskrivning fra døgnavdeling.

Referanser

1. Bramness JG, Sexton JA. The basic pharmacoepidemiology of benzodiazepine use in Norway 2004–9. *Nor Epidemiol.* 2011;21(1):35–42.
2. Mouland G. Praktiske råd om nedtrapping av benzodiazepiner. *Tidsskrift for Den norske legeforening.* 2001;121:2394–5.
3. Busto UE, Sykora K, Sellers EM. A clinical scale to assess benzodiazepine withdrawal. *Journal of clinical psychopharmacology.* 1989;9:412–6.