

Benzodiazepiner

Information og rådgivning
til sundhedspersoner

REGION
SJÆLLAND



- vi er til for dig

FORORD

Behandling med benzodiazepiner kan være en vanskelig opgave for både patient og læge blandt andet pga. risikoen for afhængighed. Det kræver støtte til patienten fra både læge og pårørende ved ophør efter lang tids brug.

Region Sjælland ønsker med denne folder at skabe opmærksomhed om hensigtsmæssig brug af benzodiazepiner, motivere til dosisreduktion og seponering samt generelt støtte almen praksis i arbejdet med denne type medicin.

Hensigtsmæssig brug af benzodiazepiner omfatter blandt andet:

- Information om non-farmakologiske tiltag
- Information om afhængighedspotentiale
- Kortest mulig behandlingsvarighed
- At ét benzodiazepin anvendes ad gangen
- At søvnløshed behandles med halv dosis hos ældre
- At slutdato fastlægges ved behandlingsstart
- At receptfornyelse kun bør ske ved personligt fremmøde
- Motivation af patienten til dosisreduktion og seponering

På sundhed.dk¹ findes uddybende materiale og værktøjer.

De regionale lægemiddelkonsulenter yder gerne sparring og rådgivning på området. Henvendelse via: Imenheden@regionsjaelland.dk.

Lægemedelenheden, Region Sjælland
November 2018

¹www.sundhed.dk > Fagperson > Region Sjælland > Almen praksis > Lægemidler > Afhængighedsskabende lægemidler

INDIKATION FOR START AF BENZODIAZEPINER

Behandling med benzodiazepiner bør begrænses til kortvarig brug. Benzodiazepiner kan forsøges ved akut situationsbetinget angst, f.eks. tandlægeskræk, eller ved længerevarende angsttilstande, når anden behandling ikke er tilstrækkelig. Herudover kan benzodiazepiner forsøges som symptomlindring, indtil angstbehandling med antidepressivum har effekt eller som tillægsbehandling ved anden psykiatrisk lidelse.

Søvnløshed skal kun behandles med benzodiazepiner, når patienten er alvorligt belastet heraf, og anden form for behandling, herunder søvnhyggejnske tiltag, ikke har haft tilstrækkelig effekt.

Inden benzodiazepiner ordineres:

- Drøftes alternativ non-farmakologisk behandling
- Oplyses patienten om virkning, bivirkninger, udvikling af tolerance og risiko for afhængighed
- Fastsettes et behandlingsmål og slutdato
- Overvejes om motorkøretøjer og maskiner kan føres forsvarligt under behandlingen

Ved akutte kriser er samtale og støtte de bedste redskaber.

VALG AF BENZODIAZEPINER

Det konkrete valg af benzodiazepin afhænger af indikationen, lægemidlets halveringstid og patientindividuelle faktorer.

Anbefalede benzodiazepiner:

- Angst/uro: **Oxazepam**
- Søvnløshed: **Zolpidem** (indsovningsbesvær)
Zopiclon (gennemsovningsbesvær)

Benzodiazepiner med kort halveringstid foretrækkes. Lang halveringstid er forbundet med større risiko for *“hang-over-effekt”*² og akkumulering i kroppen.

Der kan for nogle patienter være øget risiko for misbrug ved benzodiazepiner med hurtig absorption.

Angst/uro

Maksimal behandlingsvarighed: 4 uger

Søvnløshed

Maksimal behandlingsvarighed: 2 uger

Ældre og patienter med demens har øget følsomhed over for benzodiazepiners effekt og bivirkninger. Ved angst/uro startes med en lav dosis og trappes evt. langsomt op, hvis behandlingsmålet ikke er nået. Søvnløshed behandles med halv dosis.

BIVIRKNINGER

Benzodiazepiner er forbundet med mange bivirkninger, f.eks. kognitiv dysfunktion, faldtendens, afhængighed og toleranceudvikling. Disse bivirkninger bør overvejes før behandlingen iværksættes. Graden og forekomsten af bivirkninger er forskellige for de enkelte benzodiazepiner.

Alle benzodiazepiner kan medføre afhængighed.

Patientindividuelle faktorer, f.eks. ung alder og misbrug i familien, kan gøre visse patienter mere udsatte for psykisk afhængighed. Et signal, om at patienten er blevet afhængig, kan være, hvis patienten hyppigt rap-

²⁾ Søvnighed/træthed om dagen.

porterer om mistede medicinpakninger eller hyppigt opsøger lægevagt/ andre læger for supplerende ordinationer.

Langtidsbehandling med benzodiazepiner kan have paradokseffekt og medvirke til forværring af søvnløshed og angst. Benzodiazepiner kan derfor medføre dårligere søvnkvalitet end udgangspunktet ved behandlingsstart.

REVURDERING AF INDIKATION

Indikationen bør revurderes ved hver receptfornyelse uafhængigt af, om det er til en fast bruger eller til forlængelse af nystartet behandling.

Indikationen for benzodiazepiner kan revurderes ud fra følgende parametre: Effekt, bivirkninger, behandlingstid, toleranceudvikling, afhængighed og misbrug.

SEPONERING

Seponering bør foregå i en så rolig fase af patientens liv som muligt. Den nødvendige psykosociale støtte gives undervejs.

Faste brugere motiveres løbende til ophør. Patienten bør informeres om mulige abstinenssymptomer, som kan ligne de symptomer, der oprindeligt indicerede behandlingen, f.eks. søvnproblemer.

Seponering kan overvejes ved:

- Motiverede patienter³
- Manglende overholdelse af behandlingsplanen
- Tegn på misbrug
- Alvorlige bivirkninger

³⁾ Elementer fra den motiverende samtale og kognitiv adfærdsterapi kan anvendes.

Fokus på succes historier, bivirkninger, afhængighed og kørselsrestriktioner kan motivere patienten.

For at sikre den fortsatte motivation hos patienten, er det vigtigt med løbende samtaler; også efter endt seponering.

NEDTRAPNING

En nedtrappingsplan med henblik på seponering udarbejdes sammen med patienten.

Nedtrapningen gennemføres som udgangspunkt med det aktuelle benzodiazepin. Nedtrapning af benzodiazepiner med kort halveringstid kan give væsentlige abstinenssymptomer, hvorfor skift til et benzodiazepin med længere halveringstid, f.eks. **diazepam**, kan overvejes.

Forslag til nedtrappingsregime:

Kortvarig behandling (under 4–6 uger):

Seponering kan foregå over få dage.

Langvarig behandling (over 4–6 uger):

Seponering foregår ved langsom nedtrapning.

En nedtrappingshastighed på **10%** af totaldosis minimum hver 2. uge tolereres af de fleste patienter.

Der kan ses rebound-symptomer typisk i form af søvnløshed og angst, som let kan forveksles med de egentlige symptomer. Disse symptomer kan forebygges ved langsom nedtrapning.

Hvis patienten når til et vanskeligt punkt i nedtrapningen, kan nedtrappingsintervallerne forlænges eller planen pauseres. Dosis bør ikke øges under nedtrapningen.

REFERENCER

Jørgensen MB, Videbech P og Osler M. 2017 Benzodiazepiner har fortsat en plads i moderne psykiatrisk behandling. Ugeskrift for Læger. ugeskriftet.dk/files/scientific_article_files/2017-09/V04170274_0.pdf

Lægehåndbogen. 2016. Søvnløshed. www.sundhed.dk/sundhedsfaglig/lægehaandbogen/generelt/tilstande-og-sygdomme/soevnforstyrrelser/soevnloeshed/

Sundheds- og ældreministeriet. 2018. Vejledning om ordination af afhængighedsskabende lægemidler. Retsinformation. www.retsinformation.dk/forms/R0710.aspx?id=200176

Sundhedsstyrelsen. 2018. Håndtering af insomni hos voksne i almen praksis. Rationel Farmakoterapi. www.sst.dk/da/rationel-farmakoterapi/maanedtbladet/2018/-/media/98D65A37731B43C6B914C7F3636809E9.ashx

Sundhedsstyrelsen. 2015. Nedtrapning af benzodiazepiner – håndtering i klinisk praksis. Rationel Farmakoterapi. www.sst.dk/da/rationel-farmakoterapi/maanedtbladet/2015/-/media/DC956F68E84E616769CB77BA39A16737.ashx

Sundhedsstyrelsen. 2010. Den Nationale Rekommandationsliste. Angstdæmpende midler og sovemedicin. www.sst.dk/da/rationel-farmakoterapi/rekommandationsliste/oversigt/hjerne/angstdaempende_midler_og_sovemedler

Sundhedsstyrelsen. 2007. Benzodiazepiner: Hvordan reduceres forbruget? Rationel Farmakoterapi. www.sst.dk/da/rationel-farmakoterapi/maanedtbladet/2007/-/media/6EBE91917E67C59EAF8B4538B7F53804.ashx

