

Seponering af benzodiazepin og -lignende stoffer mod søvnløshed hos voksne i almen praksis

– en evidensbaseret algoritme



Rigtig Medicin

Hvorfor tager patienten benzodiazepin eller benzodiazepinlignende stof?

Hvis usikker indikation, undersøg: Historik for angst, tidligere psykiatrisk konsultation, er behandlingen opstartet under hospitalsindlæggelse

Primær søvnløshed eller sekundær søvnløshed, hvor underliggende komorbiditet er velbehandlet

Patient involvering (se bagsiden)

18-64-årige ved behandlingsvarighed i mere end 2 uger

Anbefal seponering

Svag anbefaling

(Systematisk litteratursøgning og GRADE)

Nedtrap og stop behandling

Nedtrap langsomt i samarbejde med patienten: Reducér døgndosis med 10-20% med 1-2 ugers interval. Sidst i forløbet evt. længere varighed mellem dosisreduktionerne eller planlagte medicinfrige dage

- Tilbyd råd om søvnhygiejne (se bagsiden)
- Overvej om kognitiv adfærdsterapi er en mulighed (se bagsiden)

Monitorér og revurder nedtrappingshastigheden hver 1-2 uger

Forventede fordele

- Kan forbedre årvågenhed, kognitiv funktion, dagssedation og reducere fald

Abstinenssymptomer

- Søvnløshed, angst, irritabilitet, svedtendens, gastrointestinale symptomer (alle almindeligvis i mild grad og varighed i dage til få uger)

65-årige og ældre uafhængigt af behandlingsvarighed

Anbefal seponering

Stærk anbefaling*

(Systematisk litteratursøgning og GRADE)

- Andre søvnforstyrrelser (f.eks. Restless Legs Syndrome)
- Ukontrolleret angst, depression, fysisk eller mental tilstand, der kan lede til eller forværre søvnløshed
- Effektiv behandling mod angst
- Alkohol afvænnning

Indikation ligger uden for rammerne af denne algoritme

Konsultere evt. psykiater eller neurolog (søvnspecialist), hvis seponering overvejes
Evt. terapeutisk støtte via egen læge eller psykolog
Se råd om søvnhygiejne på bagsiden

Ved tilbagefald

Overvej

- Non-farmakologiske fremgangsmåder – søvnhygiejne og kognitiv adfærdsterapi (se bagsiden)
- Vedligeholdelse af nuværende dosis i 1-2 uger, herefter fortsæt med langsom nedtrapping

*Styrken på anbefalingen er på baggrund af øget forekomst af bivirkninger hos ældre ≥ 65-årige.



Bivirkninger ved benzodiazepiner og benzodiazepinlignende stoffer

- Afhængighed
- Træthed, døsigthed, svimmelhed (risiko for fald)
- Hukommelsesforstyrrelser eller -besvær
- Koncentrationsbesvær
- Dagssedation
- Nedsat funktionsevne som kan påvirke evner til at køre bil eller andet motorkøretøj

Risikoen for bivirkninger er forhøjet hos ældre patienter

Nedtrapningsplan

For eksempel på nedtrapningsplan og yderligere materiale om seponering se [Medicinfunktionen.dk](https://www.regionhovedstaden.dk/medicinfunktionen)

Overvej

- Hvis doseringsformen ikke tillader 10-20% reduktion, overvej 50% reduktion initialt og medicinfree dage i sidste del af nedtrapningsperioden
- En skriftlig udtrapningsplan udarbejdet sammen med patienten. Brug evt. patientfolder til at notere planen, andre aftaler samt gode råd til patienten

Evidens

- Ingen evidens tyder på at én nedtrapningsmetode er bedre end andre
- Ved udtrapning af korttidsvirkende benzodiazepiner eller benzodiazepinlignende stoffer er der ingen evidens for, at det er mere effektivt eller nedsætter abstinenssymptomer, ved at skifte fra korttidsvirkende (f.eks. zolpidem, zopiclon) til et langtidsvirkende (f.eks. diazepam) præparat

Patient involvering

Patienten og omsorgsgivere bør have forståelse for

1. Rationalet for seponering
 - Fordele ved udtrapning
 - Risiko for bivirkninger ved fortsat brug
 - Reduceret effekt ved langvarig brug
2. Nedtrapningsplan
 - Patienten og omsorgsgiveren er en vigtig del af nedtrapningsplanen og kan kontrollere nedtrapningshastigheden og -varigheden
3. Abstinenssymptomer
 - Kan forekomme
 - Oftest milde, forbigående eller kortvarige (dage til få uger)

Søvnhygiejne

Primær sektor

1. Gå kun i seng hvis søvnløshed
2. Anvend ikke din seng og soveværelse til andet end at sove (eller intimitet)
3. Hvis du ikke falder i søvn efter 20-30 min om aftenen eller efter en opvågning, forlad soveværelset
4. Hvis du ikke falder i søvn 20-30 min efter du er tilbagevendt til sengen, gentag #3
5. Indstil din alarm til opvågning samme tid hver dag
6. Undgå lure i løbet af dagen
7. Undgå koffein efter middag
8. Undgå motion, nikotin, alkohol og store måltider 2 timer forinden sengetid

Sekundærsektor og institutioner

1. Træk gardiner fra i løbet af dagen for at opnå skarp lyseksponering
2. Hold alarmlyde på et minimum
3. Forøg dagtimeaktiviteter og fraråd søvn i dagtimerne
4. Reducer antal af lure (ikke længere end 30 min og ikke efter kl. 14)
5. Tilbyd varme, koffeinfrie drikke, varm mælk til natten
6. Begræns mad, koffein og røg inden sengetid
7. Få beboeren på toilettet inden de går i seng
8. Tilskynd fast sengetid og opvågning
9. Undgå at vække om natten for at give direkte pleje
10. Tilbyd rygmassage og mild massage

Anvendelse af kognitiv adfærdsterapi*

Hvad er kognitiv adfærdsterapi?

- Kognitiv adfærdsterapi indebærer 5-6 sessioner om søvn/søvnløshed, stimuluskontrol, søvnrestriktion, søvnhygiejne, afspændingsteknikker og støtte

Virker det?

- Kognitiv adfærdsterapi har vist at forbedre søvnresultat/søvnkvalitet med vedvarende langsigtede fordele i flere undersøgelser

Hvem kan udføre det?

- Psykologer kan almindeligvis udføre kognitiv adfærdsterapi. Andre kan oplæres og kan udføre aspekter af kognitiv adfærdsterapi

*For mere information se Lægehåndbogen om Søvnløshed