

Benzodiazepinaftrapning i praksis

Selvfølgelig kan dygtige praktiserende læger hjælpe benzodiazepinmisbrugende patienter ud af denne spændetrøje, og det bør de. Læs her hvorfor og hvordan.

Benzodiazepin og cyclopyrrolonforbruget har de senere år tiltrukket sig opmærksomhed i stigende grad. Indenrigs- og sundhedsminister *Lars Løkke Rasmussen* har i 2003 givet lægerne 1 år til at finde en løsning, og han er langt fra tilfreds (1–3). Ministerens mål var en reduktion på 50%. Faldet var i 2004 1,7% på landsplan (4). Fra politisk side kræves fra flere sundhedsordførere handling nu, man skal jo gøre folk raske i sundhedsvæsenet – ikke syge. *Michael Dupont*, formand for PLO, udtaler: »Det er et flot rundt tal at slynge ud. Det er totalt urealistisk, samtidig har vi ingen systematiske behandlingsmuligheder herhjemme« (5).

Hvor stort er problemet?

Der bliver årligt udskrevet benzodiazepiner og cyclopyrroloner til over 400.000 forskellige personer i Danmark (4). Det vurderes, at cirka 100.000 patienter er afhængige af lægemidlerne (6). Hver eneste afhængig koster samfundet i gennemsnit over 100.000 kr. om året i medicinudgifter, tabt arbejdsfortjeneste og følgesygdomme (7). Man kan heller ikke komme uden om, at et så stort flow i samfundet af potentielt afhængighedsskabende lægemidler kan spores på det illegale marked.

Opmærksomheden er fagligt velbegrunnet. Den enkelte bruger vil have et betydeligt tab af livskvalitet som følge af bivirkninger

BIOGRAFI:

Forfatteren er velkendt af bladets læsere, han er praktiserende læge i Thyborøn og lægemiddelkonsulent ved Medicinenheden i Ringkjøbing Amt.

FORFATTERS ADRESSE:

Lægehuset, Ærøvej 1B, 7680 Thyborøn.
E-mail: vkj@dadlnet.dk

- Konfusion
- Svimmelhed
- Døsighed
- Faldtendens
- Hukommelsessvigt
- Psykisk afhængighed
- Fysisk afhængighed
- *Rebound*-effekt
- Følelsesmæssigt afstumpethed
- Påvirkning af indlæring
- Påvirkning af hukommelse
- Påvirkning af motorik
- Trafikfare
- Pseudodemens

Fig. 1. De almindeligste bivirkninger ved anvendelse af benzodiazepiner og cyclopyrroloner.

samt ændret social aktivitet (6). Anvendelse af stofferne er for de fleste brugere forbundet med alvorlige bivirkninger. De almindeligste er angivet i Fig. 1. Især er ældre udsat for faldtendens, og de kognitive forstyrrelser vedbliver uanset behandlingens varighed. Hos ældre opleves pseudodemens, og der kan optræde fysisk og psykisk afhængighed med toleransudvikling. Stofferne påvirker brugernes evne til bilkørsel og maskinbetjening. Man kan også opleve den såkaldte *rebound*-effekt, hvor symptomerne, som man oprindeligt behandlede for, vender tilbage i en mere kraftig form. Stofferne påvirker derudover patienternes følelsesliv, hvor de hindres i at føle den dybe sorg, men også den store glæde.

Virkningen af hypnotika aftager efter nogle få uger, og den anxiolytiske effekt er væk efter få måneder. Man kan groft sige, at efter få måneders behandling er stofferne positive egenskaber forsvundet. Derefter behandler man med stoffer, der kun tilfører patienten bivirkninger og abstinenser (8, 9).

Hvad siger cirkulæret?

I cirkulæret om afhængighedsskabende lægemidler (10) anføres det for hypnotika: »Sovemidler bør kun bruges i 1–2 uger og lægen bør ordinere en mængde svarende hertil, hvorefter situationen og den medicinske behandling bør vurderes på ny«. De angstdæmpende lægemidler har en lidt længere anvendelsestid, her anføres: »For så vidt angår benzodiazepiner som anxiolytisk behandling bør man stræbe efter en behandlingsperiode på ikke over 4 uger. Herefter bør tilstanden vurderes på ny.«

Er målet urealistisk?

En af de store fordomme i almen praksis er, at det er svært og et uoverstigeligt problem at nedbringe et forbrug af disse stoffer. Det anses for umuligt at reducere forbruget hos allerede tilvænnede patienter. De fleste læger vil derfor nok drage et dybt suk og tilslutte sig formandens udsagn om, at det er urealistisk (5). Der har været forsøgt informations- og undervisningsmøder, supervisorsgrupper, psykoterapeutiske samtaletilbud med videre. Der har også været indgået § 2-aftaler. Ingen af disse tilbud har haft den helt store statistiske gennemslagskraft, men har uden tvivl gavnnet enkeltpatienter og har bidraget til at holde fokus på problemet.

I 2004 blev der i to lægepraksis i Thyborøn gennemført en skærpet indsats mod vanedannende medicin. Denne blev gennemført i samarbejde med Medicinenhe-

den i Ringkjøbing Amt samt Embedslægeinstitutionen.

Begge praksis kunne over ca. 1 år gennemføre en reduktion på 50% på benzodiazepinområdet og en reduktion på 75% for cyclopyrroloner (11). Svaret må derfor være et: ja det er realistisk, men det kræver en særlig indsats, som i det følgende vil blive gennemgået.

Benzodiazepinaftrapning

De tre klassiske aftrapningsmetoder (Fig. 2) anvendes ikke lige hyppigt. En sjælden gang kan patienterne uden større besvær ophøre med forbruget, men det mest almindelige er at anvende den langsomme aftrapning. Det er næsten ikke nødvendigt at foretage indlæggelse.

I de fleste bøger om benzodiazepinnedtrapning anbefales det at følge særlige skemaer (8, 9). Erfaringen fra Thyborøn viser imidlertid, at man skal tilpasse nedtrapningshastigheden individuelt og gå langsomt frem. Det betyder ikke så meget, at der går en måned ekstra, når patienten har været i behandling måske i årtier. Det vigtigste er, at patienten har en positiv oplevelse af, at det går fremad uden de voldsomme abstinenser. Tabletterne kan være svære at finde i tilpas pakningsstørrelse og styrke. Her kan en tabletdeler anvendes (Fig. 3). Denne kan købes på apoteket. Der er dog enkelte tabletter der ikke egner sig til deling. Som hovedregel skal man ikke stige i dosis, hvis der i en periode er

- Den kolde »tyrker«
- Den langsomme
- Aftrapning under indlæggelse

Fig. 2. De klassiske aftrapningsmetoder.



Fig. 3. Tabletdeler. Foto: BC Electronic Thyborøn.

abstinenser, men udskyde yderligere aftrapning.

Benzodiazepiner med kort halveringstid, f.eks. lorazepam, er erfaringsmæssigt de sværeste at aftrappe. Disse kan nogle gange med fordel udskiftes med diazepam, der har lang halveringstid. Dette kan ske efter ekvipotensdosistabeller (12, 13).

Grunden til valget af diazepam er, at dette præparat findes i tilstrækkelige små pakningsstørrelser, og f.eks. er hexalid nem at dele. En omlægning skal ikke nødvendigvis ske på få uger, men det er mest skånsomt for patienterne også her at give sig tid. Cyclopyrroloner kan ligesom hypno-

- Tilpas nedtrappingshastigheden individuelt.
- Gå langsomt til værks, brug eventuelt tabletdeler.
- Ved abstinenser fasthold dosis endnu en måned.
- Stig aldrig i dosis.
- Benzodiazepiner med kort halveringstid er erfaringsmæssigt sværest at aftrappe.
- Skift eventuelt benzodiazepiner med kort halveringstid til stoffer med lang halveringstid (f.eks. diazepam), over måneder.
- Cyclopyrroloner kan nedtrappes direkte.
- En månedlig reduktion på 10–25% vil tolereres af de fleste.
- Seponer når man er nået doser på f.eks. diazepam ½ mg dgl. eller zopiclon (Imozop) ¼ tablet af 3,75 mg dgl.
- Undgå erstatningsmedicin.

Fig. 4. De 10 mest almindelige hovedregler i aftrapping af benzodiazepiner og cyclopyrroloner.

- Patientvejledning
- Personalevejledning
- Avisartikel
- Litteratur

Fig. 5. Hjælpeidlerne ved Thyborønprojektet.

- Udstedelse af telefonrecepter ophører
- Kun recept ved konsultation
- Kun recept til 1 måneds forbrug
- Ved den månedlige konsultation skal det fremtidige behov drøftes

Fig. 6. Virkemidler ved Thyborønprojektet.

- Angst
- Uro
- Søvnløshed

Fig. 7. Under projektet i Thyborøn udvikledes ikke alvorligere eller sjældnere abstinenssymptomer (11).

tika af benzodiazepingruppen som regel aftrappes direkte. Som udgangspunkt vil en reduktion på 10–25% være passende. Hvis der optræder abstinenser, kan aftrappingen forlænges. Som udgangspunkt bør reduktionen foregå uden støtte medicin. Det er ikke hensigtsmæssigt at erstatte et problem med et andet (Fig. 4).

Thyborønmetoden

I Thyborøn holdt man i efteråret 2003 møde mellem praksis, Embedslægeinstitutionen og Medicinenheden i Ringkjøbing Amt. Her blev interventionens start fastsat til 1/1 2004. Der blev udarbejdet patientvejledning og personaleinstruks (Fig. 5). Der blev skrevet en ca. ½ sides indlæg i den lokale ugeavis, heri blev de nye regler beskrevet således at patienterne var underrettet. Til de implicerede parter blev relevant litteratur udleveret (8). Den metode,

man anvendte, var den helt enkelt »at arbejde efter reglerne« (10). Det betød at man fra 1. januar 2004 afskaffede telefonrecepter på disse lægemidler. Derefter kunne fornyelse kun ske ved konsultation og kun til 1 måned ad gangen (Fig. 6). Patienterne fik naturligvis et tilbud om aftrapping. Alvorligt psykisk og fysisk syge blev undtaget. Det var holdningen, at normale mennesker ikke skal have lægemidler fra disse stofgrupper i længere tid.

Konsultationernes forløb

TELEFONKONSULTATION

Som hovedregel blev denne foretaget af personalet. De nye regler blev beskrevet for patienten. Der blev udstedt mindste pakning af pågældende stof, under hensyntagen til at patienten rent praktisk kunne få en tid.



Fig. 8. Foto: BC Electronic Thyborøn.

FØRSTE KONSULTATION

Denne er formentlig den allervigtigste kontakt. Patienterne har måske ikke sovet hele natten ved tanken om, at man nu vil tage deres benzodiazepin fra dem. De er måske lidt småaggressive. De er også forundret over, at det gælder dem. De har sædvanligvis fået medicinen i årevis, og de kan ikke undvære den. De føler, at de bliver syge, og deres tilværelse er ved at bryde sammen, hvis ikke de får medicinen. Konsultationen gik som regel med at berolige patienterne med, at man ikke lige her og nu ville tage deres medicin fra dem. Det blev dog gjort klart, at man hen ad vejen ville være behjælpelig med en nedtrapning. Tit endte første konsultation med, at vi blev enige om som en start, at de overholdt den af-

talte dosering. Det er vigtigt at genvinde patientens tillid. Det er især vigtigt her ikke at give køb på reglen om månedlig fremmøde, selvom man kan komme ud for voldsomt pres.

ANDEN KONSULTATION

Hvis patienten ikke har eller kun har moderate abstinenssymptomer, kan en egentlig nedtrapning påbegyndes (Fig. 7). Reduktionen tilpasses individuelt, man kan som udgangspunkt anvende en reduktion i størrelsesorden 10–25%. Der kan være praktiske problemer med pakningsstørrelser og delingsmulighederne af tabletterne. Man kan her anvende tabletdeler, (Fig. 3) som kan købes på apoteket. Med den er det muligt for eksempel at dele en

tablet Imozop 3,75 mg eller en hexalid af 2 mg i kvarte, hvis det ønskes. Der udstedes recept til 1 måneds forbrug. Hvis man udsteder større mængde, kan man være sikker på, at patienten først kommer, når pakken er tom. Det er i de fleste tilfælde en god ide at lade patienten bestille næste tid med det samme.

TREDJE KONSULTATION

Man kan nu fortsætte reduktionen, hvis patienten har moderate eller ingen abstinenser. I modsatte fald kan der fortsættes på samme måde endnu en måned. Det er vigtigt, at patienten får indtryk af, at der er tid nok, men målet skal holdes klart. Der må ikke øges i medicin. Igen udstedes til 1 måneds forbrug.

FJERDE KONSULTATION

Ligner tredje konsultation.

SIDSTE KONSULTATION

Man er nu nede i doser på for eksempel ½ mg hexalid eller en kvart tablet Imozop af 3,75 mg. Det grænser til det virkningsløse, og patienten kan nu seponere uden problemer.

Patienternes reaktion

Der flyttede 1-2 patienter pr. 1.000 tilmeldte som følge af projektet. Initialt var patienterne noget forbløffede, der var en del der ikke kunne forstå at det gjaldt dem, nu havde de jo fået pillerne i så mange år,

og de vidste erfaringsmæssigt, at de var svære at undvære. Aftrapningsfasen var selvfølgelig ikke rar, men ikke uoverkommelig for de fleste (14). Patienterne var stort set samstemmende glade for at komme ud af overforbruget og særlig glade var de for, at man ofrede tid på dem og deres problem. Stort set alle vidste, at det ikke var godt at spise disse piller i mange år, men vidste ikke hvordan de skulle stoppe.

Opgør med fordommene

Inden vi startede så store ændringer i vores ordinationsmønster, havde vi naturligvis grundige overvejelser. De fleste bekymringer viste sig at være grundløse (11). Ingen af patienterne udviklede alvorlige abstinenser (Fig. 7). Det var meget få patienter der skiftede læge, kun 1-2 pr. 1.000 patienter. Der blev brugt ca. 6 konsultationer pr. 1.000 patienter pr. uge de første 3 måneder. Senere falder antallet væsentligt. Klagesager har der ikke været nogen af, og embedslægeinstitutionen har sagt god for ændringerne, da de var lige efter »bogen«. Personalet i praksis har ikke følt, at der har været uoverkommelige problemer; de har arbejdet efter skriftlig instruks og har i meget få tilfælde måttet henvise til telefonkonsultation næste dag. Sygesikringen i Ringkjøbing Amt blev forespurgt vedrørende de ekstra konsultationer, man havde samstemmende med det lokale praksisudvalg ingen indvendinger. Omlægningen

krævede ikke sygehusindlæggelser, og kun en enkelt patient blev henvist til psykiater. Ingen patienter blev henvist til amtets misbrugsafdeling. Hjemmesygeplejen sluttede op om projektet og har ikke følt det særlig belastende. Områdets kollegaer har fulgt omlægningen med interesse og har på baggrund af erfaringerne i Thyborøn selv indført reglerne for få måneder siden i deres praksis. Den skærpede indsats dækker nu praksis med et patientantal på ca. 45.000.

Taksigelse: Tak til Medicinenheden Ringkjøbing Amt og embedslæge Børge Sommer, Ringkjøbing Amt, for inspiration og vejledning.

Interessekonflikter: Forfatteren er ansat som lægemiddelkonsulent ved Medicinenheden i Ringkjøbing Amt og har hovedarbejdsområde med vanedannende medicin.

LITTERATUR

1. Methling I. Lægerne får kort frist til at bremse op. Politiken, 31. december 2003.
2. Methling I. Stadig for mange danskere på nervepiller. Politiken, 31. december 2004.
3. Methling I. Kampagne mod nerve- og sovepiller virker ikke. Politiken, 8. juni 2005.
4. Lægemiddelstyrelsens årsstatistik <http://www.medstat.dk/>
5. Svendsson TG, Langwadt L, Bech R. Danmark på piller. Ekstra Bladet, 1. august 2005.
6. Hansen EH, Helweg-Jørgensen S. Afhængighed af psykofarmaka set fra brugernes side. Danmarks Farmaceutiske Højskole, 1999: 23.
7. Gyldmark M, Hansen EH. Estimating the cost of misuse of psychotropic pharmaceuticals. Commissioned paper for the Canadian Centre on Substance Abuse. Quebec, 1995.
8. Ashton CH. Benzodiazepines: how they work and how to withdraw. The Ashton manual aug. 2002. <http://www.benzo.org.uk/manual/index.htm>
9. Benzodiazepiner i almen praksis. Lægemiddelstyrelsen. Institut for Rationel Farmakoterapi, september 2004.
10. CIR nr 12 af 13/01/2003. Cirkulære om ordination af afhængighedsskabende lægemidler.
11. Jørgensen VRK, Toft BS, Fogh MVS. Reduktion af vanedannende medicin i praksis. Ugeskr Læger (i trykken).
12. Vestergaard P, Gerlach J. Behandling med psykofarmaka – samspillet med andre behandlingsformer. Munksgaard, 1988: 76.
13. Lægemiddelkataloget 2004, Dansk Lægemiddelinformation, 2004: 437.
14. Jørgensen VRK. Benzodiazepinaftapning, tre eksempler fra almen praksis. Upubliceret.