

Bensodiazepiner och bensodiazepinanaloger – in- och utsättning

Fastställt juni 2020 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltigt till juni 2022.

Huvudbudskap

- Nedtrappning och utsättning av bensodiazepiner (BDZ) och bensodiazepinanaloger (BDZa) bör erbjudas om normaldos enligt FASS överskrids eller om behandlingstiden är längre än 4 veckor. En individuell bedömning bör göras om utsättning är lämplig i det enskilda fallet
- Behandling med BDZ rekommenderas inte vid ångestsjukdomar på grund av risken för beroendutveckling. Om det i undantagsfall används bör behandlingstiden vara kort, max 4 veckor
- Behandling med BDZ bör undvikas till äldre som är särskilt känsliga för biverkningar
- Personer med riskbruk av alkohol och droger har ökad risk för beroendutveckling
- Tillgång till Läkemedelsförteckningen rekommenderas och är en förutsättning för förskrivning till personer med beroendeproblematik
- Fas Ut innehåller principer för sedvanlig nedtrappning och utsättning av BDZ och BDZa

Definition

Bensodiazepiner (BDZ) är ångestdämpande. Bensodiazepinanaloger (BDZa) är sömnläkemedel, t.ex. zopiklon och zolpidem.

Syfte

Syftet med denna RMR är att tjäna som vägledning och stöd för verksamheter som ska genomföra insättning och/eller nedtrappning och utsättning av BDZ och BDZa.

Bakgrund

BDZ är snabbt och effektivt ångestdämpande, samt har låg toxicitet. BDZ och BDZa verkar på GABA-systemet, liksom alkohol, varför toleransutveckling och beroendepotential liknar den för alkohol. Man beräknar enligt klinisk erfarenhet att ca 25% av patienter som behandlas i 6 månader eller mer får problem med beroendutveckling och utsättningsymtom. Även BDZa-behandling innebär en risk för beroendutveckling och bör förskrivas på strikt indikation och under kort tid.

Förskrivaren behöver ge akt på patienter med ökad risk för toleransutveckling och beroende vid förskrivning av dessa läkemedel. Ökad risk för beroende föreligger vid tidigare eller pågående

riskbruk av alkohol eller andra droger och är en relativ kontraindikation för nyinsättning eller fortsatt förskrivning. Symtom på beroende är toleransutveckling med krav på dosökning, önskan om tätare förskrivning och tecken på abstinens.

Depressions- och ångestsjukdomar bör behandlas enligt [RMR Depression](#) eller [RMR Ångestsjukdomar](#), där SSRI är förstahandsalternativ vid läkemedelsbehandling. Vid insomni ska icke-farmakologisk behandling alltid erbjudas först, se [RMR Insomni](#).

Diagnos

Skadligt bruk (F13.1) resp. beroendesyndrom (F13.2) av BDZ och BDZa diagnostiseras enligt ICD 10. Vid misstänkt psykiatrisk samsjuklighet kan skattningsskalor eller diagnostisk intervju t.ex. [MINI](#) alternativt SCID-I inom specialistpsykiatri vara ett hjälpmedel. Vid misstänkt blandberoende (F19.2) av alkohol eller droger rekommenderas [AUDIT](#) respektive [DUDIT](#).

Behandling

Information till patienten

BDZ rekommenderas inte vid ångestsjukdomar på grund av risken för beroendutveckling. Om det i undantagsfall används bör behandlingstiden vara kort, max 4 veckor.

Vid insättning av BDZ och BDZa ska risken för beroendutveckling beaktas och patienten ska få noggrann information om risken för toleransutveckling, ångestförstärkning och beroende. Vid detta tillfälle görs en tidsplan som inbegriper nedtrappning och utsättning. Patienten ska även informeras om vilka negativa effekter som kan uppstå vid långtidsanvändning som t.ex. kognitiv påverkan, minnesstörning, risk för fallolyckor, trafikolyckor och andra olyckor samt försämrade impulskontroll. Rådgivning om goda levnadsvanor när det gäller alkohol, kost, motion och tobak ingår enligt [Kunskapsstöd – Sjukdomsförebyggande metoder](#). Använd gärna samtalsmetoden [Förstå mig rätt](#) för att öka patientens delaktighet.

Indikationer för BDZ och BDZa

Nyinsättning av BDZ ska så långt som möjligt undvikas, men är motiverat t.ex. vid alkoholabstinens, krampanfall och vid akuta och svåra psykiatriska tillstånd med hög ångest. Vid behov av läkemedelsbehandling för insomni, rekommenderas intermitterande behandling med BDZa under en begränsad tid, 2–4 veckor. Längre behandlingstider kan ge negativa effekter som

liknar dem vid behandling med BDZ. Tillgång till Läkemedelsförteckningen rekommenderas.

Äldre

Äldre är särskilt känsliga för biverkningar av BDZ och BDZa. Vanliga biverkningar är sederig, försämrade kognition, minnessvårigheter, muskelsvaghet, försämrade koordination, ökad risk för fallolyckor, ökad oro samt konfusion med aggressivt beteende. Toleransutveckling förekommer även hos äldre och nedtrappning kan bli aktuell. God och personcentrerad omvårdnad med en inkluderande boendemiljö minskar behovet av farmakologisk behandling vid ångest och sömnstörning. Om BDZ i undantagsfall används rekommenderas i första hand oxazepam för korttidsbruk och vid insomni rekommenderas zopiklon. Dosen av BDZ eller BDZa bör vara låg för att minska risken för biverkningar. Äldre patienter som står på långtidsbehandling med BDZ bör inte avbryta behandlingen i livets slutskede, då god ångestlindring är av vikt.

Graviditet och amning

BDZ och BDZa rekommenderas vanligen ej vid graviditet och amning, se [Janusinfo](#).

Läkemedelsberoende

Vid riskbruk av alkohol och användning av droger ökar risken för beroendutveckling och biverkningar av BDZ. Screening med [AUDIT](#) och [DUDIT](#) rekommenderas innan behandlingen inleds och vid misstanke om riskbruk även provtagning med PETH eller CDT. Varnings signaler om att beroende av BDZ och BDZa föreligger är om patienten kräver allt högre doser eller om läkemedlet tar slut snabbare än förväntat. Närstående kanske reagerar eller man misstänker att patienten kombinerar läkemedel med alkohol. Ibland kan man kliniskt observera att patienten ter sig påverkad. En förutsättning för förskrivning är att behandlaren får ta del av [Läkemedelsförteckningen](#). Bakom läkemedelsberoende finns ofta en sårbar livssituation och samverkan med t.ex. socialtjänsten kan behövas.

Nedtrappning och utsättning

Motivation

Motivationsarbete är första fasen av nedtrappning. Motiverande samtal (MI) är en metod för att öka motivationen inför nedtrappning och utsättning av beroendeframkallande medel. Det bör finnas en förståelse för den oro och de svårigheter som patienten kan uppleva inför en planerad nedtrappning och utsättning.

Psykopedagogiska insatser är första insats med muntlig och skriftlig information om negativa effekter av långtidsbehandling med BDZ och BDZa samt utsättningsymtom och hur dessa kan hanteras. Erbjud också att närstående kan få information och vara delaktiga i planeringen. Patienter som har god kunskap och bra stöd från närstående har lättare att lyckas. Informera om positiva effekter av nedtrappning såsom minskad risk för kognitiv påverkan, mindre risk för fallolyckor och andra olyckor. Minnesstörning drabbar framför allt episodiskt minne från det att BDZ-behandlingen har inletts. En förälder som har behandlats med BDZ kan t.ex. ha svårt att minnas barnens uppväxt. Behandling med BDZ kan innebära svårigheter att tillgodogöra sig psykoterapeutisk behandling och BDZ-nedtrappning bör vanligen genomföras innan planerad psykoterapi. KBT bör erbjudas till patienter med långvarigt bruk av BDZ där sedvanlig utsättning ej är möjlig. Inriktningen ska vara BDZ-användning, sömnsvårigheter, ångest och symtom som uppkommer vid nedtrappning. Många patienter klarar att sluta på egen hand eller att reducera dosen efter saklig information. Vid enbart reducerad dos ökar risken för återfall.

Hinder

Om patienten inte kan motiveras till utsättningsförsök av en långtidsbehandling eller av en allt för hög dos måste man ta ställning till om förskrivningen kan fortsätta eller ska avbrytas. Förskrivarens ansvar är att erbjuda adekvat vård kring nedtrappning och utsättning när det är motiverat. Insättning av läkemedel i dosexpedition ska övervägas, alternativt små förpackningar med expeditoinsintervall, för att få god kontroll på förskrivningen. Borttappade läkemedel ersätts ej. Tillgång till [Läkemedelsförteckningen](#) är en förutsättning och kontakt med eventuella andra förskrivare rekommenderas. Hot och våld accepteras inte och enheten bör ha en handlingsplan för det. Förskrivaren ska inte ge efter för argument som t.ex. att patienten annars kommer att köpa illegalt. Beakta att abrupt utsättning av höga doser BDZ och BDZa kan innebära risk för svåra abstinenssymtom som epileptiska anfall, konfusion och hallucinos. Risken för allvarliga symtom är relaterat till behandlingstidens längd och dos.

Genomförande

Nedtrappning och utsättning av BDZ och BDZa bör erbjudas om normaldos enligt FASS överskrids eller om behandlingstiden är längre än 4 veckor. En individuell bedömning bör göras om utsättning är lämplig i det enskilda fallet.

En förutsättning för en lyckad nedtrappning är en god relation mellan patient och vårdgivare. Behandlingskontakten bör präglas av en god omsorg och ömsesidig respekt. Patienten ska få adekvat behandling av underliggande sjukdomstillstånd. Patienten bör knytas till en enda förskrivare och regelbundna besök på enheten ska

erbjudas. Plan för nedtrappning fastställs i samråd med patienten och bör vara skriftlig. [Fas Ut](#) innehåller principer för nedtrappning av BDZ och BDZa med nedtrappningsschema och dosomvandlingstabell till diazepam som har fördelen av en relativt lång halveringstid. Nedtrappning kan även ske med hjälp av befintligt läkemedel i samråd med patienten. Vid samtidigt opioidberoende bör opioiden trappas ut först enligt [RMR Opioider vid långvarig icke-cancerrelaterad smärta](#).

Nedtrappning

Nedtrappning kan vanligen starta på den dos som patienten uppger som sitt dagliga intag. Fördela dosen jämnt över dagen på fasta tider. Sänk dosen ca 10% per vecka. En sänkt dos ska aldrig höjas. Vid uttalade abstinenssymtom ska man avvakta med sänkning 1–2 veckor tills de klingar av. Bedömningen görs i samverkan med patienten. Dosen kan ofta sänkas snabbare i början av nedtrappningen och långsammare i slutet. Nedtrappningen tar vanligen 2–3 månader och bör vara avslutad inom 6 månader.

Vanliga utsättningsymtom vid nedtrappning är rastlöshet, oro, sömnsvårigheter, tremor, huvudvärk, nedstämdhet, svettningar, muskelkramp, illamående, kräkningar, diarré, parestesier, perceptoriska störningar, överkänslighet för ljud och ljus, panikattacker och humörsvingningar. Vid blandberoende med alkohol ska behandling med disulfiram övervägas och alkohol bör undvikas helt under nedtrappningen. Efter avslutad nedtrappning bör BDZ ej återinsättas på grund av risken för återfall i beroende.

Utsättning av BDZa kan oftast göras betydligt enklare och snabbare, se [Fas Ut](#). Om patienten använt läkemedlet på icke ordinerat sätt som dagsedativum, kan ett nedtrappningsschema liknande det för BDZ användas.

Patienten bör under nedtrappningsfasen erbjudas stödjande samtal regelbundet för att hitta strategier för att hantera utsättningsymtom som t.ex. stress, ångest, sömnsvårigheter och spänningstillstånd samt ge råd om fysisk aktivitet. Stödet kan ges enskilt eller i grupp. Sjuksköterska med kunskap om nedtrappning kan hålla i stöd-samtalen. En del av stödet kan ske per telefon. Fysioterapeut bör erbjudas vid behov för att hantera utsättningsymtom.

Omvandlingstabell för BDZ och BDZa

Substans	Ekvivalent dygnsdos
oxazepam	20 mg
diazepam	10 mg
lorazepam	1 mg
alprazolam	0,5 mg
nitrazepam	10 mg
zopiklon	15 mg
zolpidem	20 mg

Nedtrappningsschema diazepam 15 mg

Vecka	kl 8.00	kl 14.00	kl 20.00
1	5 mg	5 mg	5 mg
2	5 mg	2,5 mg	5 mg
3	5 mg	2,5 mg	2,5 mg
4	2,5 mg	2,5 mg	2,5 mg
5	2 mg	2 mg	2 mg
6	2 mg	1 mg	2 mg
7	2 mg	1 mg	1 mg
8	1 mg	1 mg	1 mg
9	1 mg	–	1 mg
10	1 mg	–	–
11	–	–	–

Uppföljning

Uppföljning ska erbjudas under 6 mån efter avslutad nedtrappning/utsättning av BDZ och BDZa, med möjlighet till flera avstämningar i första hand med sjuksköterska som hållit i stöd-samtalen. Graden av beroende samt möjligheten till stöd från närstående avgör behovet av insatser samt med vilken frekvens besöken bör erbjudas. Närstående bör få information om var de kan få stöd, t.ex. inom socialtjänsten i respektive kommun. När nedtrappningen startas och i samband med varje uppföljning används KVÅ-kod DV004. Den regionala nedtrappningsenheten kan vid behov kontaktas för ytterligare insatser.

Vårdnivå

Såväl primärvårdsenheter som specialistpsykiatri ska kunna hantera utsättning med stöd av denna RMR oavsett patientens ålder. Vid blandberoende med alkohol och droger och vid allvarig psykisk sjukdom konsulteras specialistpsykiatri enligt [RMR Ansvarsfördelning mellan primärvården och specialistpsykiatri](#).

FÖR TERAPIGRUPP PSYKIATRI

Harald Aiff, ordförande