

Benzodiazepinaftrapning? Syv gode grunde!

Viggo Rask Kragh Jørgensen

Der er mange gode grunde til at reducere brugen af vanedannende medicin i almen praksis. Og det kan også lade sig gøre til patienternes tilfredshed.

I de senere år er der blevet tiltagende fokus på vanedannende medicin. De lægemidler, man særligt har interesseret sig for, er angstdæmpende midler af benzodiazepingruppen (f.eks. diazepam (Hexalid) og oxazepam (Alopam)) og sovemedicin fra samme gruppe (f.eks. nitrazepam (Apodorm) og triazolam (Halcion)). Derudover har fokus været rettet mod de mere moderne sovemidler af gruppen cyclopyrroloner (f.eks. zopiclon (Imovane) og zolpidem (Stilnoct)) (Fig. 1).

Holdningen har været opgivende, da man manglede lettilgængelige værktøjer til at gennemføre en medicinreduktion, og i mange tilfælde anså man det for umuligt og nyttesløst. Man mente direkte, at patienterne trivedes ganske glim-

BIOGRAFI:

Forfatter er praktiserende læge i Thyborøn og lægemiddelkonsulent ved Medicinenheden Ringkjøbing Amt, nu Region Midtjylland.

FORFATTERS ADRESSE:

Medicinteamet Praksisenheden, Region Midtjylland, Lægårdsvej 12, 7500 Holstebro.
E-mail vkj@dadlnet.dk



Fig. 1. Vanedannende medicin. Foto: Rasmus Kragh Jørgensen.

rende som medicinafhængige (1). Der er imidlertid ganske mange og gode grunde til at gennemføre en reduktion af brugen af disse stofgrupper i almen praksis.

1. Bivirkningerne

Indtagelse af stofferne giver mulighed for udvikling af både fysisk og psykisk afhængighed med udtalt toleransudvikling. Der skal således mere og mere til for at opnå den ønskede effekt.

Bivirkningerne er mest udtalte i begyndelsen af behandlingen. Der sker en gradvis tilvænning til stofferne, så den initiale meget massive effekt aftager noget. Der resterer i hele behandlingsperioden en reduktion i det intellektuelle funktionsniveau. Dette påvirker især indlæring og hukommelse. Patienterne oplever svimmelhed, døsigthed og konfusion. De bliver følelsesmæssigt afstumpede, og deres motorik er dårlig med øget faldtendens. Især ældre er udsat, da deres omsætning af visse af stofferne er nedsat, så der sker en ophobning af de aktive stoffer i kroppen.

Borgere over 65 år, der indtager disse stoffer, har dobbelt så stor risiko for at falde og brække hoften som ikkebrugere. Det skal i denne forbindelse erindres om, at der er en overdødelighed i denne patientgruppe på 20% det første år efter hoftebruddet (2–4). Personer, der indtager disse stoffer, har samme sandsynlighed for trafikuheld som bilister med en alkoholpromille på 0,5. Denne sandsynlighed stiger dramatisk ved indtagelse af selv beskedne mængder alkohol (5, 6).

2. De positive virkninger aftager

Stoffernes søvnfremkaldende effekt aftager efter nogle få uger, og den angstdæm-

pende effekt aftager efter få måneder (7–10). Det, der fastholder patienterne i forbruget, er abstinenserne ved ophør med medicinen. Abstinenser kan optræde efter ganske få ugers behandling, og de kan være særdeles ubehagelige. Der er psykiatere, som mener, at stofgrupperne ingen plads har i psykiatrien. Sundhedsstyrelsen har til dels støttet denne holdning ved at indskærpe landets læger at udvise forsigtighed ved behandling med antipsykotiske lægemidler i kombination med sove- og nervemedicin (11). Der er dog ingen konsensus om placeringen af disse lægemidler i psykiatrien. En del psykiatere vil foretrække medicinen i indledningen af en depressionsbehandling, ved akutte psykoser og i abstinensbehandling (12–14). Der påpeges generelt i litteraturen, at man skal overveje risikoen for udvikling af afhængighed, når man vurderer indikationen for lægemidler fra disse grupper.

3. Abstinenserne

Tilvænnede patienter kan opleve abstinenser, når de ophører med stofferne. De mest almindelige er angst, uro og søvnløshed (15, 16). Der er imidlertid også sjældnere abstinenssymptomer som muskelkramper, paranoide vrangforestillinger, hovedpine og svedeture.

Abstinenserne kan optræde både under og efter behandlingen samt i nedtrappingsfasen. Der er patienter, der under behandlingen oplever abstinenser flere gange dagligt. Det er særlig hyppigt for patienter i behandling med den del af lægemidlerne, der udskilles hurtigt fra kroppen. På grund af dette er det nødvendigt med en omhyggelig planlagt nedtrappingsplan. Denne kan være fastlagt

løbende i form af månedlige samtaler (15–17) eller i form af mere skemagtige planer (9, 18). Det er generelt en god ide at give sig god tid og ikke presse for meget for at undgå, at abstinenssymptomerne bliver for svære. Der kan udvikles et efternedtrapningssyndrom, hvor abstinenssymptomerne i vekslende grad fortsætter i flere år efter behandlingens afslutning. En måde at forebygge det på er ved at nedtrappe langsomt.

4. For patienternes skyld

Hos mange højdosisbrugere har oplevelsen været, at livet før udtrapningen var domineret af at udvikle strategier og metoder til at skaffe sig medicinen. Dagligdagen har været domineret af medicinen, som måske skulle tages adskillige gange dagligt. Der skulle bruges meget energi på altid at have medicinen i nærheden. Angsten sad i kroppen for at glemme medicinen, fordi mange havde prøvet »at løbe tør«. Patienten udviklede en narkomanagtig adfærd.

Patienterne blev psykisk ustabile. Familie og venner mistede tilliden til brugeren, som blev upålidelig i f.eks. pengesager. Patienten kunne opleve at have behov for medicinen for at kunne klare dagligdags udfordringer såsom at gå på arbejde, til møder eller f.eks. gå til fest.

En norsk undersøgelse (19) viser, at patienterne efter en nedtrapning oplever verden på en ny måde. Medicinens generelt sløvende effekt er væk. Brugere får en bedre livskvalitet og lærer at mestre livet på en ny måde, når de kommer af med den vanedannende medicin. Patienterne oplever en øget social aktivitet og kan nu få overskud til at genopbygge deres sociale netværk. Der kan komme en

masse vrede op i dem for at have »spildt en masse år«, men generelt er de glade for at komme ud af misbruget (15, 16, 20).

5. Lovgivningen

Området er reguleret af cirkulæret om ordination af afhængighedsskabende lægemidler (21). I det står om benzodiazepiner og cyclopyrroloner, at anvendt som sovemiddel bør de kun ordineres 1–2 uger, hvorefter situationen og den medicinske behandling bør vurderes på ny. Tilsvarende gælder ved anvendelse som angstdæmpende lægemiddel, at behandlingsperioden ikke bør udstrækkes til over 4 uger, før en nyvurdering skal finde sted. Cirkulæret indeholder den svaghed, at det faktisk undtager specielt ældre patienter, der er i længerevarende behandling. Denne undtagelse efterlader den måske svageste gruppe uden retslig hjælp eller krav på aktiv behandling af deres misbrug.

6. Økonomien

Præparaterne er gennemgående billige. F.eks. koster en af de mest udbredte sovepiller (Imovane) 65 øre pr. tablet. Der er således kun begrænset incitament til en reduktion, når man ser på de rene udgifter til medicinen. Der ydes ikke offentligt tilskud til lægemidlerne.

Derimod har de afledte udgifter et betydeligt potentiale. Man regner med, at der i Danmark er cirka 100.000 afhængige af disse stoffer, antallet af jævnlige brugere er betydeligt større (20). De direkte omkostninger ved medicinafhængighed er anslået til 358.000 kr. pr. afhængig pr. år. Heri er medtaget udgifter til sygehuse og specialistbehandling, sygesikring, arbejds giver og patienten selv. Der er des-



Fig. 2. Aftrapning er mulig. Foto: B.C. Electronic Thyborøn.

uden udgifter til retsvæsen og øgede offentlige sociale udgifter (22).

Man kunne fristes til at gange disse to tal sammen og få et tal i størrelsesordenen 35 milliarder kr., men det rummer den svaghed, at vi ikke kender den nøjagtige definition på afhængighed, som de to tal er beregnet ud fra. Det vil derfor være mest fair at konkludere, at beløbet er så stort, at det har en naturlig plads på den økonomiske dagsorden i sundhedsvæsenet.

7. Det er muligt

I 2004 indledte man i 2 praksis i Thyborøn i samarbejde med Medicinenheden i Ringkøbing Amt og Embedslægeinstitutionen en intervention til nedbringelse af forbruget af disse stoffer (15–17). Virkemidlerne var lige så enkle, som de var effektive:

- Telefonrecept på stofferne ophørte
- Kun recept ved personligt fremmøde
- Kun recept til en måneds forbrug

Ved den månedlige konsultation blev lægen og patienten nødt til at tænke på, om det var hensigtsmæssigt at fortsætte forbruget, eller om der skulle iværksættes en nedtrapning.

Resultatet udeblev ikke. I de to lægepraksis reduceredes forbruget af angstdæmpende midler med 50%, og sovemedicinen reduceredes med 75% på kun 15 måneder. Reduktionen skete væsentlig lettere end lægerne havde troet (Fig. 2). Der blev næsten ikke anvendt henvisninger til andre terapeuter. Der var ingen klagesager, og de fleste patienter var godt tilfredse med, at man gav sig tid til at tage deres problem alvorligt. Disse enkle regler er langsomt ved at blive normen for praktiserende læger i det gamle Ringkøbing Amt (23).

Beslutningstagere i sundhedssystemet bør nu overveje at tage dette problem seriøst. Problemets omfang er velbeskrevet, både for de enkelte patienter og for samfundet. Der bør presses på for at gennemføre en løsning. Løsningen kan ligge i at oplyse, motivere, og tilskynde alle implicerede parter til at skride til handling nu. Det kunne ske blandt andet i form af en oplysningskampagne, så pa-

tienterne direkte kunne kræve deres læges aktive medvirken. Der er selvfølgelig også behov for efteruddannelse af lægerne.

Denne behøves ikke at være særlig lang og ressourcekrævende, da de fleste nødvendige materialer er tilgængelige (9, 15–18) og kan tilegnes på et par timer. Den største forhindring er nok lægernes fordomme. Det anses for at være svært, grænsende til det umulige og stærkt resursekrævende, bare at røre den mindste smule på området.

Interessekonflikter: Forfatteren er deltidsansat ved Medicinteamet Praksisenheden i Holstebro, Region Midtjylland og modtager støtte fra Indenrigs- og Sundhedsministeriets pulje til studier og initiativer vedrørende lægemiddelrelaterede problemer, herunder *compliance*.

LITTERATUR

1. Svendsson TG, Langwadt L, Bech R. Danmark på piller. Ekstra Bladet, 2005.
2. Jørgensen VRK. Benzodiazepinaftrapning, er cirkulæret forældet? Månedsskr Prakt Lægegern 2006; 84: 617–20.
3. Wang PS, Bohn RL, Glynn RJ, Mogun H, Avorn J. Zolpidem use and hip fractures in older people. J Am Geriatr Soc 2001; 49: 1685–90.
4. Cumming R, Le Couteur DG. Benzodiazepines and risk of hip fractures in older people: a review of the evidence. CNS Drugs 2003; 17: 825–37.
5. Sims RV, McGwin G Jr, Allman RM, Ball K, Owsley C. Exploratory study of incident vehicle crashes among older drivers. J Gerontol A Biol Sci Med Sci 2000; 55: M22–7.
6. McGwin G Jr, Sims RV, Pulley L, Roseman JM. Relations among chronic medical conditions, medications, and automobile crashes in the elderly: a population-based case-control study. Am J Epidemiol 2000; 152: 424–31.
7. Gerlach J. Søvn. København: PsykiatriFondens Forlag, 2003.
8. Vestergaard P, Gerlach J. Behandling med psykofarmaka – samspillet med andre behandlingsformer. København: Munksgaard, 1988.
9. Lægemiddelstyrelsen. Institut for Rationel Farmakoterapi. Benzodiazepiner i almen praksis. 2004, 1. udgave.
10. Committee on the Review of Medicines. Systematic review of the benzodiazepines. Br Med J 1980; 910–2.
11. Indskærpelse om at udvise stor forsigtighed ved behandling med antipsykotiske lægemidler i kombination med sove- og nervemedicin. København: Sundhedsstyrelsen, 2006. www.sst.dk
12. Gillies D, Bech A, McCloud A, Rathbone J. Benzodiazepines alone or in combination with antipsychotic drugs for acute psychosis. Cochrane database Syst Rev 2005; CD003079.
13. Furukawa TA, Streiner DL, Young LT, Kinoshita Y. Antidepressants plus benzodiazepines for major depression. Cochrane database Syst Rev 2001; CD001026.
14. Ntais C, Pakos E, Kyzas P, Ioannidis JPA. Benzodiazepines for alcohol withdrawal. Cochrane database Syst Rev 2005; CD005063.
15. Jørgensen VRK, Toft BS, Fogh MS. Reduktion af vanedannende medicin i praksis! Ugeskr Læger 2006; 168: 1636–40.
16. Jørgensen VRK, Toft BS, Fogh MS. Reducing the use of benzodiazepines and cyclopyrrolones in clinical practice. Pharmacy Practice 2006; 4: 74–8.
17. Jørgensen VRK. Benzodiazepinaftrapning i praksis. Månedsskr Prakt Lægegern 2006; 84: 333–9.
18. Ashton CH. Benzodiazepines: how they work and how to withdraw. The Ashton Manual 2002. www.benzo.org.uk/manual/index.htm
19. Torper J, Steine S. Seponering av B-preparater- hvordan oplever brugerne det? Tidsskr Nor Laegeforen 2004; 124: 2342–4.
20. Cirkulære om ordination af afhængighedsskabende lægemidler. CIR nr 12 af 13/01/2003.
21. Hansen EH, Helweg-Jørgensen S. Afhængighed af psykofarmaka set fra brugernes side. København: Danmarks Farmaceutiske Højskole, 1999: 23.
22. Gyldmark M, Hansen EH. De samfundsmæssige omkostninger ved afhængighed af psykofarmaka. København: Danmarks farmaceutiske Højskole, 1997: 36.
23. Jørgensen VRK. Benzodiazepinforbruget falder i Ringkjøbing Amt! Lægen i Midten 2006; 4: 13–5.