

Bensodiazepiner och bensodiazepinanaloger – in- och utsättning

Fastställt september 2022 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig t.o.m. september 2024.

Huvudbudskap

- ◻ Nedtrappning och utsättning av bensodiazepiner (BDZ) och bensodiazepinanaloger (BDZa) (zopiklon och zolpidem) bör i möjligaste mån erbjudas om normaldos enligt FASS överskrids eller om behandlingstiden är längre än 4 veckor
- ◻ Nyinsättning av BDZ ska så långt som möjligt undvikas, men är motiverat t.ex. vid alkohol-abstinens, krampfall och vid akuta svåra psykiatriska tillstånd med hög ångestnivå. Vid behov av läkemedelsbehandling för insomni, rekommenderas intermittent behandling med BDZa under en begränsad tid. Längre behandlingstider kan ge negativa effekter som liknar dem vid behandling med BDZ. Kunskap om patientens samtliga läkemedel är en grund för säker förskrivning till personer med beroendeproblematik.
- ◻ Behandling med BDZ bör undvikas till äldre som är särskilt känsliga för biverkningar
- ◻ Personer med riskbruk av alkohol och droger har ökad risk för beroendeutveckling
- ◻ Kunskap om patientens samtliga läkemedel är en grund för säker förskrivning till personer med beroendeproblematik
- ◻ FAS UT innehåller principer för sedvanlig 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. Risken ökar med behandlingstiden och dosen. BDZ och BDZa bör förskrivas på strikt indikation och under kort tid. Förskrivaren behöver ge akt på patienter med ökad risk för toleransutveckling och beroende. 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. Samtidig behandling med BDZ och opioder ökar risken för andningsdepression. Se [RMR Opioder – skadligt bruk och beroende](#).

Bakom läkemedelsberoende finns ofta en sårbar livssituation och samverkan med t.ex. socialtjänsten kan behövas. Vid misstanke om att minderåriga barn far illa ska orosanmälan göras. Lämplighet att inneha körkort och vapen ska bedömas.

Diagnos

Vid misstänkt psykisk sjukdom kan skattningskalor eller diagnostisk intervju t.ex. MINI, vara ett hjälpmedel. Om patienten har ett skadligt bruk (F13.1) resp. beroendesyndrom (F13.2) av BDZ och BDZa diagnostiseras detta enligt ICD 10. Vid

misstänkt blandberoende (F19.2) av alkohol eller droger rekommenderas [AUDIT](#) respektive [DUDIT](#).

Behandling

Indikationer för BDZ och BDZa

Nyinsättning av BDZ ska så långt som möjligt undvikas, men är motiverat t.ex. vid alkohol-abstinens, krampfall och vid akuta svåra psykiatriska tillstånd med hög ångestnivå. Vid behov av läkemedelsbehandling för insomni, rekommenderas intermittent behandling med BDZa under en begränsad tid. Längre behandlingstider kan ge negativa effekter som liknar dem vid behandling med BDZ. Kunskap om patientens samtliga läkemedel är en grund för säker förskrivning till personer med beroendeproblematik.

Screening med [AUDIT](#) och [DUDIT](#) rekommenderas innan behandlingen inleds och provtagning med PETH ska övervägas. Se [RMR Alkohol](#), [RMR Cannabis](#) och [RMR Centralstimulantia-skadligt bruk och beroende](#).

Misstanke om beroende bör väckas vid toleransutveckling med krav på dosökning, önskan om tätare förskrivning, borttappade läkemedel, tecken på abstinens eller efter kontakt med närstående.

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](#).

Information till patienten

Vid insättning av BDZ och BDZa ska risken för beroendeutveckling beaktas och patienten informeras om risken för toleransutveckling och beroende. Vid detta tillfälle görs en tidsplan som inbegriper nedtrappning och utsättning, behandlingstiden ska i normalfallet inte vara längre än 4 veckor. Patienten ska även informeras om negativa effekter som kan uppstå vid långtidsanvändning som t.ex. kognitiv påverkan, ångestförstärkning, minnesstörning, risk för olyckor samt försämrad impuls kontroll.

Äldre

Även äldre kan ha god effekt av BDZ vid akut svår ångest. Äldre är dock särskilt känsliga för biverkningar av BDZ och BDZa. Vanliga biverkningar är seder, försämrad kognition, minnessvårigheter, muskelsvaghet, försämrad 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, inkluderande boendemiljö samt samtalsstöd 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.

Barn och ungdomar

Behandling med BDZ och BDZa bör undvikas men kan i undantagsfall användas vid akut svår ångest resp. svår insomni som inte svarar på annan behandling.

Graviditet och amning

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

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.

Ge patienten 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. Många patienter klarar av att sluta på egen hand eller att reducera dosen efter saklig information.

Behandling med BDZ kan i vissa fall innebära svårigheter att tillgodogöra sig psykoterapeutisk behandling och BDZ-nedtrappning bör då erbjudas innan planerad psykoterapi.

Nedtrappning

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. Vid samtidigt opioidberoende bör opioiden trappas ut först enligt [RMR Opioider vid långvarig icke-cancerrelaterad smärta](#).

Nedtrappning av BDZ 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 kan man avvakta med sänkning 1–2 veckor tills de klingar av. Dosen kan ofta sänkas snabbare i början av nedtrappningen och långsammare i slutet. Nedtrappningen tar vanligen 2–3 månader men kan ta längre tid.

Vanliga utsättningssymtom 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.

Utsättning av BDZa kan oftast göras betydligt enklare och snabbare, nedtrappningstiden kan normalt förkortas till 2 eller 3 veckor, se FAS UT. Om patienten använt läkemedlet på icke ordinerat sätt som dagsedativum, kan ett nedtrappningsschema liknande det för BDZ användas.

Patienten bör under hela nedtrappningsfasen erbjudas stödjande samtal regelbundet för att hitta strategier för att hantera utsättningssymtom som t.ex. stress, ångest, sömnsvårigheter och spänningstillstånd samt få 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.

Hinder

Om patienten inte kan motiveras till utsättningsförsök av en långtidsbehandling och där man ser att patienten lider skada av behandlingen eller har en allt för hög dos måste man ta ställning till om förskrivningen ska begränsas eller 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 expeditivintervall, för att få god kontroll på förskrivningen. Borttappade läkemedel bör ej ersättas.

Kunskap om patientens samtliga läkemedel är en grund för säker nedtrappning. Kontakt med eventuella andra förskrivare rekommenderas.

Förskrivaren ska inte ge efter för argument som t.ex. att patienten annars kommer att köpa illegalt eller för hot och våld. Beakta att abrupt utsättning av höga doser BDZ och BDZa innebär risk för svåra abstinenssymtom som epileptiska anfall, konfusion och hallucinos. Risken för allvarliga symtom är relaterat till behandlingstidens längd, dos och tidigare abstinenssymtom.

Omvandlingstabell för BDZ och BDZa

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

Nedtrappningsschema diazepam 15 mg, anpassa v.b. till aktuell dos

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. Patientens sjukdomsbild och sociala situation avgör behovet av stöd. Patient och närstående bör få information om var de kan få stöd, t.ex. inom socialtjänsten. När nedtrappningen startas och i samband med varje uppföljning används KVÅ-kod DV004. [Den regionala nedtrappningsenheten](#) kan kontaktas vid behov.

Vårdnivå

Primärvårdsenheter och specialistpsykiatri ska kunna hantera utsättning med stöd av denna RMR oavsett patientens ålder. Den enhet som

initierat förskrivning är i normalfallet också ansvarig för nedtrappning. Vid blandberoende med alkohol och droger och vid allvarlig psykisk sjukdom konsulteras specialistpsykiatri enligt [RMR Ansvarsfördelning mellan primärvården och specialistpsykiatri](#). Ibland kan nedtrappning behöva inledas i heldygnsvård.

FÖR TERAPIGRUPP PSYKIATRI

Harald Aiff, ordförande