

Nedtrappning sömnmediciner

Många som tar sömnmediciner mot sin insomni har utvecklat ett **psykologiskt beroende** och känner att de inte kan sova utan medicinen (längre). Att ligga i sängen och vänta på sömnen, tänka att man inte ska ta medicinen och bli mer och mer orolig och uppvarvad för att man inte kan somna är ett tecken på psykologiskt beroende. När medicinen sen tas somnar personen ofta mycket snabbt – innan den fysiologiska effekten har kickat in. Ett psykologiskt beroende gör ofta att man inte vill vara utan medicinen eftersom det känns tryggt att ha den till hands om man skulle behöva. Samtidigt gör det psykologiska beroendet att det blir svårare att faktiskt sova utan medicinen.

För personer som har använt sömnmediciner länge är det inte ovanligt att också ha utvecklat både **tolerans/tillvänjning** och ett **fysiologiskt beroende**. Tolerans gör att medicinen inte ger den positiva effekt den en gång gav, och i värsta fall ger den istället paradoxala effekter i form av sämre sömn när man tar medicinen. Ett fysiologiskt beroende medför risk för **utsättningssymptom** vid abrupt avslut.

Utsättningssymptom kan vara t ex: sömnproblem, mardrömmar, huvudvärk, muskelvärk, ångest, spänningar, rastlöshet, förvirring och irritation. Ibland även överklighetskänsla, personlighetsstörning, ljudöverkänslighet, domningar och krypningar i extremiteter, överkänslighet för ljus, ljud och fysisk kontakt, hallucinationer eller epileptiska anfall.

I synnerligt olyckliga fall kan man alltså ha att göra med en patient som får paradoxala effekter av läkemedlet – hen sover sämre – men klarar inte att sluta med medicinen p g a mycket besvärliga utsättningssymptom.

Risken för besvärliga utsättningssymptom gäller i synnerhet Benzodiasepiner och z-läkemedel, men människor är olika känsliga för olika substanser, och vissa reagerar starkt även på läkemedel som inte anses ge risk för fysiologiskt beroende eller tolerans/tillvänjning, t ex Propavan eller Theralen.

Därför rekommenderar vi alltid **nedtrappning** av sömnmediciner när läkemedlet har tagits regelbundet under lång tid, och även oftast om medicinen har tagits oregelbundet under lång tid. Om patienten har försökt sluta tidigare och misslyckats p g a utsättningssymptom är det mycket viktigt med försiktig nedtrappning. Vid låga doser och låg eller mycket variabel frekvens kan medicinen dock oftast avslutas direkt, även om den tagits under lång tid.

Nedtrappning rekommenderas i första hand i form av **dosnedtrappning** men i särskilda fall kan även **frekvensnedtrappning** vara befogat.

I allmänhet sker nedtrappning under 7-10 veckor.

Grundupplägg

- 1) Säkerställ att den eller de mediciner patienten vill sluta med är sömnmediciner (– även om mediciner som inte primärt är sömnmediciner också kan trappas ned är det inget vi gör under sömnbehandlingen). Inom ramen för “Bättre sömn Psykos/Bipolär” ska alltid förskrivande läkare kontaktas så att ni är överens om att det är lämpligt med utsättning av läkemedlet för patienten ifråga.
- 2) Nedtrappningen kan påbörjas vid det uppföljande besöket i modul 4 – då har patienten arbetat med fasta tider och andra tekniker i några veckor innan nedtrappningen påbörjas. Börja dock nedtrappning först om patienten använder sömnstrategierna. Att

införa sömnstrategier ökar chansen att nedtrappningen lyckas (Morin et al 2004) utan att sömnen blir akut allvarligt, eller långvarigt försämrad. Även för patienter som sover gott när nedtrappningen påbörjas finns det risk att sömnen blir mer instabil när sömnmedicinerna trappas ned. Därför är det en god idé att använda de sömnstrategier som går igenom i behandlingen för att ta hand om sömnen.

- 3) Redan från början av behandlingsperioden ska sömnmedicinerna **konstanthållas** – d v s medicinen tas vid samma tidpunkt, i samma dos varje kväll (ingen extratablett om det inte funkar).
- Mediciner som tas 1-3 ggr/vecka kan i allmänhet avslutas direkt om patienten är med på det. Vissa mediciner som benzodiazepiner (t ex Nitrazepam) eller andra mediciner med hög risk för beroende (t.ex. Stilnoct) kan dock behöva trappas ut även från en låg frekvens, och från en låg nivå konstanthålls frekvensen genom att bestämma **fasta dagar** (och fast tid de kvällarna) när medicinen ska tas.
 - Mediciner som tas mer än tre gånger i veckan tas i allmänhet varje kväll under konstanthållningen. (De flesta underrapporterar sömnmedicinanvändning om den inte är registrerad i sömndagbok, så det blir oftast inte så stor ökning som man först kan tro.)
 - De flesta sömnmediciner ska tas en halv till en timme före läggdags, ibland en till två timmar. Tar patienten mer än en medicin så är det idealt om medicinerna kan synkas så att de tas vid samma tillfälle.
 - Konstanthållning med lägsta möjliga terapeutiska dos (d v s lägsta dos som ger effekt) ska ha skett i minst ett par veckor (inom ramen för BÄSiP Bipolär kommer de flesta att ha haft konstanthållen medicin sen behandlingsstart). Har dosen och/eller frekvensen varierat mycket kan längre tid behövas. Helst ska nedtrappningen dock ha påbörjats innan behandlingsperioden är slut (se nedan).
- 4) **Trappa ned** – d v s minska mängden gradvis. I början kan det handla om att halvera dosen, mot slutet kanske patienten bara tar några smulor i taget av en kvarts tablett av lägsta dosen.
- Om medicinen har tagits i fyra veckor eller mer, och om ursprungsdosen varit normal (se FASS för doseringar): ta 75% av ursprungsdosen, ta medicinen varje kväll, håll i två veckor, ta 50% av ursprungsdosen, ta medicinen varje kväll och håll i två veckor till, ta 25% av ursprungsdosen, ta medicinen varje kväll och håll i två veckor till, ta 12,5% av ursprungsdosen varje kväll i två veckor och sluta därefter helt.
 - Om ursprungsdosen har varit hög, håll varje steg längre.
 - Om patienten tidigare har haft svåra utsättningssymptom ta mindre steg i minskningarna; t ex gå från 100% till 80% (Dela tablett i fem delar och ta 4/5. (Spara den sista femtedelen – efter fyra dagar räcker det som tagits bort till den femte kvällen). Förutsatt att tabletterna kan tas krossade går det att ta nästan hur små steg som helst).
 - Stegens storlek kan förhandlas ganska fritt utifrån patientens individuella förutsättningar. Det viktiga är att man å ena sidan rör sig i riktning mot att sluta, å

andra sidan inte tar så stora steg att man känner sig nödgad att gå tillbaka. Två tumregler är:

- i. **Ta inte för stora steg.** Många patienter vill ta stora steg – t ex sluta med den ena tabletten helt och den andra veckan efter, och ibland kan det vara befogat, men ofta är det bättre att ta det varsamt. Att ta för stora steg ökar risken att man går tillbaka till ursprungsnivå, och detta riskerar att dramatiskt minska patientens self-efficacy i relation till att sluta med mediciner. Grunda med en diskussion om bakslag/återfall och vid bakslag, ta mindre steg vid nästa försök. "Löjligt små steg" kan vara bra!
- ii. **Håll varje nytt steg tillräckligt länge.** En vanlig nedtrappningshastighet är två veckor per steg, men har man tagit sin medicin lång tid kan man behöva längre tid än så för att utsättnings symptomen (fysiologiska och psykologiska) inte ska bli för jobbiga. Har man haft ett bakslag är längre tid på samma steg också en bra idé (se nedan).

- 5) Skriv ned planeringen i arbetsbladet **Min plan för att trappa ned sömnmediciner** och ta med till förskrivande läkare som får godkänna eller komma med ändringsförslag, helst innan planen presenteras för patienten.
- 6) Bestäm startdatum och följ upp planen varje vecka initialt, för att se om patienten klarar av att följa planen eller om den behöver revideras. OBS att det är bättre att revidera än att bara misslyckas.
- 7) Diskutera bakslag/återfall med patienten, ungefär: *Att "misslyckas" och ta medicinen mer än tänkt är olyckligt men ingen katastrof. Ett bakslag är inte samma sak som ett återfall. (Återfall kallar vi det när man helt återgår till tidigare beteende.)*
- 8) Gör en **plan för bakslag**, i princip: Återgå till nedtrappningsplanen, ta vid på det steg som senast fungerade utan bakslag, och håll det steget längre innan nästa steg tas, ta mindre steg nedåt. Om det steg som fungerade var en halv tablett (12,5 mg) Propavan och det som inte fungerade var en kvarts tablett (6,25 mg), så börja på 12,5 mg, håll den dosen, och ta sen ett mindre steg nedåt (– dela t ex den halva tabletten i fyra och ta tre fjärdedelar av den halva (d v s 3/8 av hela tabletten)). Det kan uppfattas som ett nästan löjligt litet steg, men om det tidigare steget inte fungerade är det bättre att ta det mer försiktigt. Hellre "löjligt små steg" i rätt riktning än inga steg alls eller bakslag igen.
- 9) Idealt ska nedtrappningen åtminstone påbörjas under behandlingsperioden, för att kunna monitorera för bakslag.
 - Har ett bakslag skett, undersök vad bakslaget beror på – ibland finns någon "helt rimlig anledning" (se nedan), men det vanligaste är att patienten blev stressad av att inte kunna somna/om. Att ta en sömntablett när man inte kan somna är problematiskt, eftersom det är en del av säkerhetsbeteenden som vidmakthåller sömnproblemen och bakslagen riskerar därför att upprepas. Säkerhetsbeteenden hanteras på sedvanligt sätt (kognitiv omstrukturering/MI el dyl).

- Fanns det en helt rimlig anledning (i allmänhet en känslomässig (oväntad) katastrof eller liknande (t ex en nära anhörig har dött oväntat)) är det i allmänhet mindre problematiskt, och man kan återgå till nedtrappningsschemat när krisen är över.

10) Eftersom det är sannolikt att patienter med bipolär sjukdom som har behövt sömnmediciner tidigare behöva dem igen är det bra att göra en plan för framtida tillfällen när sömnmediciner kan komma att behövas – t ex i krisplanen – och gå igenom hur nedtrappning ska gå till även då. Även detta ska stämmas av med förskrivande läkare. När medicinen har tagits max fyra veckor kan medicinen i allmänhet trappas ned betydligt snabbare än när den har tagits under längre tid.

- i. Om medicinen tagits i en vecka: halvera ursprungsdosen, håll denna dos i en vecka medan medicinen tas samma tidpunkt varje kväll och sluta därefter helt.
- ii. Om medicinen har tagits i två veckor: halvera ursprungsdosen, håll denna dos i en vecka medan medicinen tas varje kväll, minska därefter till 25% av ursprungsdosen, håll denna dos i en vecka medan medicinen tas varje kväll, sluta därefter helt.
- iii. Om medicinen har tagits i fyra veckor **eller** om ursprungsdosen varit hög men tagits kortare tid (se FASS för doseringar): ta 75% av ursprungsdosen, ta medicinen varje kväll, håll i en vecka, ta 50% av ursprungsdosen, ta medicinen varje kväll och håll i en vecka till, ta 25% av ursprungsdosen, ta medicinen varje kväll och håll i en vecka till, sluta därefter helt.

11) Glöm inte att följa upp även efter sömnbehandlingens slut, tills patienten har slutat helt.

Exempel:

Sömnmedicinedtrappning

Exempel 1

Datum: 191124

Aktuella sömnmediciner: Nitrazepam 1 tablett (å 5 mg) c:a 2 ggr/vecka, Propavan 1(ibland 2) tabletter (å 25mg) c:a 5 ggr/vecka

Vilken eller vilka ska trappas ned? Båda

Kommentarer: Tagit Nitrazepam i många år vid behov. Fick Propavan för tre månader sedan av ny läkare (som ett sätt att sluta med Nitrazepam). Tog tidigare Nitrazepam ca 3-4 ggr/vecka. Under den första månaden med Propavan kunde Nitrazepam minskas till 1-2 ggr/vecka, kommer dock inte längre. Har inte upplevt några direkta fysiologiska utsättningssymptom, men mycket oro och tar Nitrazepam när hen inte kan sova på enbart Propavan.

Planering nedtrappning (fyll i alla veckor tills dosen och frekvensen är 0, justera vid behov efter hand):

Vecka	Sömnmedicin	Frekvens (hur ofta)	Tidpunkt (klockslag)	Dos
1 (konstanthålla)	Nitrazepam	Måndag, torsdag	Kl 23:30 (en halvtimme före läggdags)	5 mg
	Propavan	7 ggr/vecka	Kl. 23:30 (en halvtimme före läggdags)	25 mg (1 tablett)
2 (minskning steg 1 – endast Nitrazepam minskas (dos), Propavan konstanthålls)	Nitrazepam	Måndag, torsdag	Kl 23:30	2,5 mg (1/2 tablett)
	Propavan	7 ggr/vecka	Kl 23:30	25 mg (1 tablett)
3 (minskning steg 2, endast Nitrazepam minskas (dos/frekvens), Propavan konstanthålls)	Ingen Nitrazepam	-	-	-
	Propavan	7 ggr/vecka	Kl 23:30	25 mg (1 tablett)
4	Propavan	7 ggr/vecka	Kl 23:30	25 mg (1 tablett)
5 (minskning steg 3)	Propavan	7 ggr/vecka	Kl 23:30	12,5 mg (1/4 tablett)
6	Propavan	7 ggr/vecka	Kl 23:30	12,5 mg (1/4 tablett)

7 (minskning steg 4)	Propavan	7 ggr/vecka	Kl 23:30	6,25mg (1/4 tablett)
8	Propavan	7 ggr/vecka	Kl 23:30	6,25mg (1/4 tablett)
9 (minskning steg 5)	Ingen Propavan			

Exempel 2

Datum: 191124

Aktuella sömnmediciner: : Imovane 1-2 tabletter (7,5 mg) 4-5 ggr/vecka, Melatonin (Circadin) 1 tablett (2 mg) 7 ggr/vecka

Vilken eller vilka ska trappas ned? Imovane

Kommentarer: Nöjd med Circadin (vare sig patienten eller förskrivande läkare ser anledning till att avsluta den), som sattes in för ett halvår sedan, pat tycker hen sover bättre sen dess, vill bli av med Imovane. Pat har stått på Imovane för intermittent användning i 20 år, har oftast tagit 4-5 nätter per vecka. Har tidigare fått starka utsättningssymptom i form av sömnsvårigheter, oro och mardrömmar vid nedtrappningsförsök med halverad dos veckovis, gav då upp.

(OBS! Var särskilt noga med uppföljning eftersom tidigare försök har gått dåligt.)

Planering nedtrappning (fyll i alla veckor tills dosen och frekvensen är 0, justera vid behov efter hand):

Vecka	Sömnmedicin	Frekvens (hur ofta)	Tidpunkt	Dos
1 (konstanthålla)	Circadin	7 ggr/vecka	22:00 (2 timmar före läggdags)	2 mg (1 tablett)
	Imovane	7 ggr/vecka	23:30 (en halvtimme före läggdags)	7,5 mg (1 tablett)
2	Circadin	7 ggr/vecka	22:00	2 mg (1 tablett)
	Imovane	7 ggr/vecka	23:30	7,5 mg (1 tablett)
3	Circadin	7 ggr/vecka	22:00	2 mg (1 tablett)
	Imovane	7 ggr/vecka	23:30	7,5 mg (1 tablett)
4 (minskning steg 1)	Circadin	7 ggr/vecka	22:00	2 mg (1 tablett)
	Imovane	7 ggr/vecka	23:30	5,6 mg (tre kvarts tablett)
5	Circadin	7 ggr/vecka	22:00	2 mg

	Imovane	7 ggr/vecka	23:30	5,6 mg (tre kvarts tablett)
6	Circadin	7 ggr/vecka	22:00	2 mg
	Imovane	7 ggr/vecka	23:30	5,6 mg (tre kvarts tablett)
7 (minskning steg 2)	Circadin	7 ggr/vecka	22:00	2 mg
	Imovane	7 ggr/vecka	23:30	3,75 mg (en halv tablett)
8	Circadin	7 ggr/vecka	22:00	2 mg
	Imovane	7 ggr/vecka	23:30	3,75 mg (en halv tablett)
9	Circadin	7 ggr/vecka	22:00	2 mg
	Imovane	7 ggr/vecka	23:30	3,75 mg (en halv tablett)
10 (minskning steg 3)	Circadin	7 ggr/vecka	22:00	2 mg
	Imovane	7 ggr/vecka	23:30	1,9 mg (en kvarts tablett)
11	Circadin	7 ggr/vecka	22:00	2 mg
	Imovane	7 ggr/vecka	23:30	1,9 mg (en kvarts tablett)
12	Circadin	7 ggr/vecka	22:00	2 mg
	Imovane	7 ggr/vecka	23:30	1,9 mg (en kvarts tablett)
13 (minskning steg 4)	Circadin	7 ggr/vecka	22:00	2 mg
	Ingen Imovane			