

Nedtrapping av benzodiazepi

Nedtrapping av benzodiazepiner er for mange pasienter en svært krevende prosess som man skal møte med empati, ydmykhet og forståelse. Men forståelsen må aldri bli ensbetydende med ettergiveness. En må være konsekvent og ha stødig kurs mot nedtrappingsmålet, især når pasientens eget mot og motivasjon skranter.

Pasientgruppen er ikke ensartet. Pasienten som daglig bruker heroin og store doser Rivotril anskaffet på det illegale marked skiller seg på vesentlige måter fra pasienten som har fått samme, daglige dose Valium foreskrevet av samme lege i en årrekke og aldri har hatt kontakt med noe rusmiljø.

Det er her viktig å skille mellom rus og avhengighet. Den første av de to pasientene ville med stor grad av sannsynlighet bekreftet at han både ruset seg og var avhengig av legemiddelet. Den siste av de to kunne bekreftet en avhengighetstilstand, men ville gjerne reagert negativt om en påstod at han brukte Valium som et rusmiddel. Det foreligger sannsynligvis en benzodiazepinavhengighet hos dem begge, men behandlingstilnærmingen vil være ulik.

Dersom pasienten har kontakt med et illegalt rusmiljø og også er avhengig av andre rusmidler, stilles det større krav til behandlingen enn dersom avhengigheten «kun» skyldes foreskrevne legemidler. Sistnevnte egner seg godt til behandling i allmennpraksis. Førstnevnte må oftest behandles i spesialisthelsetjenesten.

Preparat med lang halveringstid, som diazepam, anbefales ofte brukt i nedtrappingen. Min erfaring er at det ikke er så viktig hvilket preparat man velger. Som regel velger jeg det preparatet pasienten allerede bruker, da pasienten er kjent med og trygg på dette. Unntaket er alprazolam (Xanor), som er det mest

potente og rusgivende av benzodiazepinene. Om pasienten bruker alprazolam kan en god regel være å skifte til klonazepam (Rivotril), i omtrentlig samme antall milligram som alprazolam.

Dersom pasienten har erfaring med nedtrapping er det lurt å la ham selv i stor grad utforme nedtrappingsplanen. En sikrer da at nedtrappingen er gjennomførbar for pasienten, og ikke minst er det av terapeutisk betydning at pasienten selv tar aktivt del i behandlingen fra første stund.

Planen bør gjøres skriftlig. Det må tydelig fremgå hvilken dato den enkelte dosejustering skal finne sted. Jeg har god erfaring med å sende denne nedtrappingsplanen til apoteket pasienten vil benytte, og ber da apoteket ordne med utdeling av nøyaktig antall tabletter i henhold til planen. Hvor ofte pasienten skal hente tabletter avhenger i stor grad av pasientens mestring. Det kan være krevende å få utlevert tabletter for flere uker ad gangen. Dersom pasienten går tom for tabletter flere dager før neste henting, risikerer han å bli svært abstinent. Derfor er det tryggest at en legger opp til henting relativt ofte, for eksempel ukentlig.

Mange pasienter opplever at den første fasen av nedtrappingen går ganske greit, men at det blir vanskeligere jo nærmere en kommer seponering. En grunn til dette kan være at dosereduksjonene skjer med samme antall milligram gjennom hele nedtrappingen, slik at dosen relativt sett reduseres mer jo nærmere en kommer seponering. Det blir ofte for krevende for pasienten. En bør derfor tilstrebe en prosentvis reduksjon, som oftest et sted omkring 10–20 prosent av døgndosen ukentlig.

En annen grunn kan være at pasienten har en betydelig trygghet knyttet til tablettene. Når en ser antallet minke henimot null kan

pasienten derfor gripes av frykt; «hvordan vil det gå med meg uten?» Motivasjonen for videre nedtrapping kan dale. Det er da viktig at legen ikke blir ettergivende og gir opp sammen med pasienten, men tar seg tilstrekkelig tid til å trygge pasienten gjennom denne siste, krevende fasen. En kan som ledd i dette forlenge intervallene for nedtrappingen, fra for eksempel ukentlig til hver tiende dag, noe pasienten ofte opplever som betryggende. Det spiller ingen rolle om den endelige seponeringen skjer nøyaktig på den opprinnelig planlagte datoen. Det viktige er at den skilles og at en holder fortsatt klar nedtrappende kurs mot dette.

Et eksempel på en nedtrappingsplan hos en pasient som har brukt 30 mg Valium daglig over lang tid:

DAG 1-7:	01.03.11-07.03.11:	25 mg daglig
DAG 8-14:	08.03.11-14.03.11:	20 mg daglig
DAG 15-21:	15.03.11-21.03.11:	17,5 mg daglig
DAG 22-28:	22.03.11-28.03.11:	15 mg daglig
DAG 29-35:	29.03.11-04.04.11:	12,5 mg daglig
DAG 36-42:	05.04.11-11.04.11:	10 mg daglig
DAG 43-52:	12.04.11-21.04.11:	7,5 mg daglig
DAG 53-62:	22.04.11-28.04.11:	5 mg daglig
DAG 63-72:	29.04.11-08.05.11:	2,5 mg daglig
DAG 73:	09.05.11:	seponering

I nedtrappingsplanen over reduserer en fem mg ukentlig i begynnelsen, deretter reduserer man med 2,5 mg ukentlig i noen uker, for så å øke intervallet for nedtrapping med 2,5 mg til ti dager. (Valium fem mg tabletter har delestrek). Det er angitt datoer for at det ikke skal være rom for misforståelser, verken for apotek, pasient eller lege. Henting på apo-



ner i allmennpraksis

teket kan gjerne være samtidig med neste dosereduksjon, det vil si ukentlig i begynnelsen og hver tiende dag mot slutten, dersom pasienten håndterer dette. Eventuelt kan man legge opp til henting hver femte dag mot slutten. Fordelen med å involvere apoteket og lage slike planer er at det frigir tid i konsultasjonene til å ha fokus på den nødvendige oppfølgingen av pasienten. Hvor ofte en legger opp til støttende og mestringsorienterte samtaler vil variere, men ukentlig til hver annen uke er et godt sted å begynne.

Dersom man trapper ned med en hastighet som nevnt over, vil ikke abstinensene bli overveldende. Ulike plager kan komme, som anspenhet, irritabilitet, søvnvansker, angstfølelse, parestesier med mer, men de vil i de fleste tilfeller være håndterbare for pasienten. Erfaringsmessig er den største utfordringen den «psykologiske avhengigheten». Benzodiazepinene har spilt en sentral rolle for pasientens håndtering av seg selv og sine følelser, og nedtrapping er ofte forbundet med frykt for hvordan det vil gå uten disse legemidlene.

Det er derfor viktig i oppfølgingssamtalene å hjelpe pasienten til å tåle og akseptere vanskelige tanker og følelser, en må søke annen mestrings enn den benzodiazepinene representerte. Det er viktig å holde fokus på hva pasienten får til, ikke på det som eventuelt går galt under nedtrappingen. En skal være pasientens veileder og kjentmann gjennom et krevende terreng – en skal støtte, men også ha et klart blikk på kartet, kompasset og målet.

Christian Ohldieck



Nasjonalt senter for samhandling og telemedisin
NST

Eksem og allergiveiledning for allmennpraktikere

Savner du veiledning fra spesialisthelsetjenesten? Usikker på om kortisonkrem kan brukes på infisert eksem eller om du skal teste pasienten for allergi?

Nå kan du prøve ut et nytt veiledningskonsept for allmennpraktikere, der målet er økt kompetanse innen atopisk eksem og allergier.

Vi søker etter primærleger som vil være med i en randomisert kontrollert studie som skal undersøke effekten av individuell veiledning via MMS eller epost, samt gjennom nettkurset "Hjelp, det klør!".

Kurset er godkjent med 10 timer for spesialiteten allmennmedisin. Det kreves minimalt med ekstra tid for å registrere data til studien (online spørreskjema).

Forutsetning for å delta er at du er autorisert lege og for tiden jobber i allmennpraksis. Veiledningen varer i 6 måneder og man velger selv tidspunkt for oppstart (senest 31.03.2011).

Prosjektleder:

Barnelege og allergolog Roald Bolle, Universitetssykehuset Nord-Norge

Kontaktperson:

Hudlege Thomas Schopf

Telefon: 915 27 503

thomas.roger.schopf@telemet.no



www.telemet.no/veiledning