

Mange eldre bruker for mye hypnotika. Det er fullt mulig å redusere forbruk og forskrivning

Mye søvnplager – for mye hypnotika

Søvnplager er hyppig forekommende i befolkningen. I Norge har vi to grupper av hypnotika: benzodiazepiner og de nyere z-hypnotika. Begge er trygge og effektive midler mot søvnplager dersom de brukes som de skal: ved akutt insomni i noen få uker (1). Z-hypnotika er normalt førstevalget fremfor benzodiazepiner grunnet kortere halveringstid. Det har i flere tiår vært stor og økende oppmerksomhet rundt disse medikamentenes vanedannende effekt og misbruksfaren. Studier har dessuten vist at ikke-medikamentell behandling har bedre effekt og gir mindre bivirkninger enn medikamentell behandling ved kronisk insomni (2). Bruk av benzodiazepiner og z-hypnotika kan være særlig farlig hos eldre, med økt fare for livstruende hendelser, som hoftebrudd (3, 4).

I en artikkel i dette nummer av Tidsskriftet har Bjørner og medarbeidere undersøkt forskrivning av benzodiazepiner og z-hypnotika i perioden 2004–11 (5). Det beskrives omfattende forskrivning av hypnotika til eldre kvinner. Hver sjettede eldre som fikk utskrevet z-hypnotika, brukte mellom én og to definerte døgndoser per døgn. Det er etter hvert velkjent at effekten av hypnotika på søvn taper seg raskt og at medikamentene er avhengighetsdannende ved bruk over tid (6). Helse- og sosialdepartementet har gitt ut retningslinjer om dette, og norske leger har ikke manglet informasjon om misbruksfaren. Hvorfor får pasienter likevel forskrevet benzodiazepiner og z-hypnotika i strid med retningslinjene?

Én forklaring kan være at den gode initiale effekten medfører at noen pasienter ønsker å fortsette med medikamentene lenger enn anbefalt. Dette ønsket kan være så sterkt at legene har vanskelig for å stå imot. Dersom legen har laget en plan for behandlingen før første resept på hypnotika er gitt til pasienten, er det lettere å unngå langvarig bruk. Det bør også informeres om faren ved misbruk – vi kan ikke forvente at pasienten vet hvilke legemidler som er vanedannende.

En annen grunn til overforbruk kan være manglende diagnose og dårlig tid. Søvnproblemer blir ofte tatt opp som en ekstra problemstilling under en konsultasjon av annen årsak, og ofte sent i konsultasjonen. Leger bør undersøke om pasienten faktisk har insomni, ikke annen søvnsykdom eller annen sykdom som manifesteres ved søvnvansker (7). Det finnes et eget utredningsskjema for allmennpraksis som er utviklet av Nasjonal kompetansetjeneste for søvnsykdommer (8). Av og til bør pasienten tilbys en egen time for søvnvanskene slik at man kan diskutere andre og bedre tiltak, som råd om søvnhygiene.

En tredje forklaring kan være at noen leger bevisst velger å la være å følge retningslinjene fordi de er faglig uenige. Forslag til retningslinjer publisert i et amerikansk søvntidsskrift for noen år siden åpnet for at kronisk hypnotikabruk unntaksvis kunne være aktuelt for pasienter med alvorlig kronisk insomni (9). Forfatterne fremhevet likevel at det var svært lite forskning som forsvarte dette, og ikke-medikamentell behandling ble anbefalt som førstevalg. Dette er uansett ikke gjeldende norske retningslinjer, og leger som bevisst ser bort fra retningslinjene, bør delta i en diskusjon om disse og synliggjøre sine argumenter.

Hvis pasienten har brukt medikamentene over lang tid og har utviklet avhengighet, er nedtrapping og seponering utfordrende for både pasient og lege. Det er viktig å anerkjenne dette. Problemstillingen er et viktig tema for allmennlegenes veilednings- og smågruppemøter. Enkle intervensjoner som én enkelt konsultasjon hos lege eller et brev med informasjon til pasienten fører til redusert forbruk og at 8 % slutter helt med benzodiazepiner (10). Kanskje kunne man utvikle en mal for slike brev ved hvert legekontor?

Kognitiv gruppeterapi ukentlig i ti uker førte i en studie til at 85 % klarte å slutte med hypnotika (11). Det kan ikke forventes at alle allmennleger mestrer disse teknikkene, og rusmedisinsk avdeling vil da være en naturlig instans å henvise til. For eksempel har Avdeling for rusmedisin ved Helse Bergen etablert en poliklinikk for vanedannende medikamenter, der man tilbyr gruppebehandling med utgangspunkt i kognitiv atferdsterapi (12).

Tiltakene over kan være aktuelle i en travel klinisk hverdag. Det krever samtidig at spesialisthelsetjenesten dimensjoneres til å kunne behandle pasientene i de tilfeller det er nødvendig. Intervensjoner i samarbeid med farmasøyt har ført til reduksjon i ugunstig bruk av benzodiazepiner (13).

Bjørner og medarbeideres studie setter søkelys på en viktig medisinsk utfordring. Selv om det kan være gammelt nytt for de fleste klinikerne, virker det altså som om praksis ikke følger teori når det gjelder behandling av insomni. Derfor er dette en høyst betimelig påminnelse.

Nicolas M.F. Øyane
nicolas.oyane@gmail.com
Ole Martin Steihaug

Nicolas M.F. Øyane (f. 1979) er ph.d., spesialist i allmennmedisin og fastlege i Bergen og har jobbet deltid i fem år ved Bergen søvn-senter. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Ole Martin Steihaug (f. 1978) er lege i ferdypningsstilling i geriatri ved Haraldsplass sykehus. Forfatter har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Litteratur

- Buscemi N, Vandermeer B, Friesen C et al. The efficacy and safety of drug treatments for chronic insomnia in adults: a meta-analysis of RCTs. *J Gen Intern Med* 2007; 22: 1335–50.
- Sivertsen B, Omvik S, Pallesen S et al. Cognitive behavioral therapy vs zopiclone for treatment of chronic primary insomnia in older adults: a randomized controlled trial. *JAMA* 2006; 295: 2851–8.
- Woolcott JC, Richardson KJ, Wiens MO et al. Meta-analysis of the impact of 9 medication classes on falls in elderly persons. *Arch Intern Med* 2009; 169: 1952–60.
- Glass J, Lanctôt KL, Herrmann N et al. Sedative hypnotics in older people with insomnia: meta-analysis of risks and benefits. *BMJ* 2005; 331: 1169.
- Bjørner T, Tveten IF, Aursnes I et al. Utlevering av benzodiazepiner og z-hypnotika fra norske apotek 2004–11. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2013; 133: 2149–53.
- Kripke DF. Chronic hypnotic use: deadly risks, doubtful benefit. *Sleep Med Rev* 2000; 4: 5–20.
- Øyane N, van den Hoven AM, Fetveit A et al. Symptommønstre ved kroniske søvnsykdommer. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2009; 129: 2011–4.
- Søvnsykdommer. Utredningsskjema for allmennleger. <http://haukeland.no/omoss/avdelinger/sovno/Documents/utredningsskjema%20for%20allmennleger%20v2.pdf> [8.10.2013].
- Schutte-Rodin S, Broch L, Buysse D et al. Clinical guideline for the evaluation and management of chronic insomnia in adults. *J Clin Sleep Med* 2008; 4: 487–504.
- Mugunthan K, McGuire T, Glasziou P. Minimal interventions to decrease long-term use of benzodiazepines in primary care: a systematic review and meta-analysis. *Br J Gen Pract* 2011; 61: e573–8.
- Morin CM, Bastien C, Guay B et al. Randomized clinical trial of supervised tapering and cognitive behavior therapy to facilitate benzodiazepine discontinuation in older adults with chronic insomnia. *Am J Psychiatry* 2004; 161: 332–42.
- Lunde L-H, Skjøtskift S. Gruppeterapi ved legemiddelavhengighet. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2012; 132: 132–3.
- Gallagher HC. Addressing the issue of chronic, inappropriate benzodiazepine use: how can pharmacists play a role? *Pharmacy* 2013; 1: 65–93.