

# Bensodiazepiner och bensodiazepinanaloger – in- och utsättning

Fastställd december 2024 av Läkemedelskommittén i Västra Götalandsregionen. Giltig t.o.m. december 2026.

## Huvudbudskap

- Nedtrappning och utsättning av bensodiazepiner (BDZ) och bensodiazepinanaloger (BDZa) bör övervägas vid varje tänkt receptförnyelse, vid behandlingar över 4 veckor och vid överskridande av maxdos i FASS. En risk/nytta bedömning av behandlingen ska dokumenteras i patientens journal.
- Nyinsättning av BDZ ska så långt som möjligt undvikas, men är motiverat t.ex. vid alkoholabstinens, krampanfall, abstinens orsakad av BDZ och vid akuta svåra psykiatriska tillstånd med hög ångestnivå. BDZ bör ej användas vid långvariga ångestsjukdomar på grund av risken för beroendutveckling. Om det i undantagsfall används bör behandlingstiden vara kort, max 4 veckor.
- Extra stor försiktighet bör iakttas vid behandling till äldre som är särskilt känsliga för biverkningar.
- Ökad risk för beroende föreligger vid tidigare eller pågående riskbruk av alkohol eller andra droger.
- Kunskap om patientens samtliga läkemedel är en grund för säker förskrivning till personer med beroendeproblematik.

## 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 opioider ökar risken för andningsdepression. Se [RMR Substansbrukssyndrom – cannabis, centralstimulatia och opioider](#). 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

### Indikationer för BDZ

Nyinsättning av BDZ ska så långt som möjligt undvikas, men är motiverat t.ex. vid alkoholabstinens (F10.3–4), krampanfall, abstinens orsakad av BDZ

(F13.3–4) och vid akuta svåra psykiatriska tillstånd med hög ångestnivå. BDZ bör ej användas vid långvariga ångestsjukdomar på grund av risken för beroendutveckling. Om det i undantagsfall används bör behandlingstiden vara kort, max 4 veckor.

### Indikation för BDZa

Vid insomni ska icke-farmakologisk behandling alltid erbjudas först, se [RMR Insomni](#). Vid behov av läkemedelsbehandling, rekommenderas 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.

Om patienten har ett skadligt bruk (F13.1) resp. beroendesyndrom (F13.2) av BDZ och BDZa eller blandberoende (F19.2) av alkohol eller droger diagnostiseras detta enligt ICD 10.

## Behandling

Lämplighet för behandling bedöms med hjälp av [AUDIT](#), [DUDIT-E](#) eller diagnostisk intervju t.ex. [MINI](#). Provtagning med PEth ska övervägas.

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.

### Information till patienten

Vid insättning av BDZ och BDZa ska risken för beroendutveckling 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. Alternativa farmakologiska behandlingar är dock ofta också olämpliga p.g.a. antikolinerga biverkningar. Vanliga biverkningar av BDZ är sederiing, 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 då bli aktuell. 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. Vid stabil långtidsbehandling utan uppenbara biverkningar ska en risk/nytta värdering göras och i vissa fall kan behandlingen fortgå.

Långverkande BDZ (diazepam) bör ej användas vid behandling då halveringstiden är ökad, vilket ger ökad risk för läkemedelsackumulation och efterföljande biverkningar.

## Barn och ungdomar

Behandling med BDZ och BDZa bör undvikas.

## Graviditet och amning

Behandling med BDZ och BDZa under graviditet bör, om möjligt, undvikas. Någon säkerställd ökad risk för fosterskador finns dock inte, förutom möjligen vid mycket höga doser. Användning av BDZ och BDZa i sen graviditet kan bland annat ge övergående utsättningsssymptom hos barnet.

Vid amning bedöms risken för ett friskt fullgånget barn som låg vid enstaka doser men barnet bör observeras för biverkningar (t.ex. sederiing, matningssvårigheter).

## Nedtrappning och utsättning

Nedtrappning och utsättning av BDZ och BDZa bör övervägas vid varje tänkt receptförnyelse, vid behandlingar över 4 veckor och vid överskridande av maxdos i FASS. En risk/nytta bedömning av behandlingen ska dokumenteras i patientens journal.

### Motivation

Utforska patientens inställning till sin läkemedelsbehandling genom att börja en dialog om möjliga långtidseffekter/biverkningar. Motiverande samtal (MI) är en metod för att öka motivationen till förändring som bör användas. Det är viktigt att ha förståelse för den oro som patienten kan uppleva inför nedtrappning och utsättning.

Erbjud patienten stödjande information om konsekvenser av långtidsbehandling med BDZ och BDZa samt utsättningsssymtom 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 konsekvenser av nedtrappning. Många patienter klarar av att sluta på egen hand eller att reducera dosen efter saklig information.

## 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.

Nedtrappning av BDZ och BDZa görs med hjälp av 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.

Om långtidsbehandling har skett: fördela dosen jämnt över dagen på fasta tider. Sänk dosen ca 10 % per vecka. En sänkt dos ska i normalfallet 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 utsättningsymtom 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, se [RMR Alkohol](#). 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. Om patienten använt läkemedlet på icke ordinerat sätt som dagesedativum, kan ett nedtrappningsschema liknande det för BDZ användas.

Patienten bör under hela nedtrappningsfasen erbjudas stödjande samtal regelbundet för att hitta strategier för att hantera utsättningsymtom 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.

Om patienten inte kan motiveras till utsättningsförsök av en långtidsbehandling och där man ser att patienten lider skada av behandlingen måste man ta ställning till om förskrivningen ska begränsas eller avbrytas. Erbjud adekvat vård kring nedtrappning och utsättning när det är

motiverat. Insättning av läkemedel i dosexpedition bör 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 t.ex. epileptiska anfall, konfusion och hallucinos. Risken för allvarliga symtom är relaterat till behandlingstidens längd, dos och tidigare abstinenssymtom.

Det finns också ett fåtal patienter med mycket svår terapirefraktär ångest som efter specialistpsykiatrisk bedömning där man uttömt alla andra behandlingsalternativ kan komma i fråga för långtidsbehandling med BDZ.

## 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.

## 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 och konsultationer mellan Västra Götalandsregionens primärvård och specialistpsykiatri \(vuxna\)](#). Ibland kan nedtrappning behöva inledas i heldygnsvård.

## FÖR TERAPIGRUPP PSYKIATRI

Harald Aiff, ordförande

## Kontakt:

Sekreterare i terapigrupp psykiatri  
Martin Hedeberg, martin.hedeberg@vgregion.se

Regionala Medicinska Riktlinjer – Läkemedel finns på  
[www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel](http://www.vgregion.se/medicinskariktlinjer/lakemedel).  
OBS! Utskriven version kan vara ogiltig. Verifiera innehållet.