
Behov for kunnskapsbasert behandling av benzodiazepinavhengighet i LAR

KRONIKK

FATEMEH CHALABIANLOO

fatemeh.chalabianloo@helse-bergen.no

Fatemeh Chalabianloo er spesialist i klinisk farmakologi og i rus- og avhengighetsmedisin og jobber som seksjonsoverlege ved avdeling LAR, Rus- og avhengighetsklinikken, Haukeland universitetssjukehus. Hun er førsteamanuensis ved Universitetet i Bergen og forskningsleder ved nasjonalt forskningscenter for substitusjonsbehandling ved rusmiddelavhengighet (NORCATS).

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JOHN FREDRIK ASKJER

John Fredrik Askjer er lege i spesialisering i rus- og avhengighetsmedisin, ph.d.-stipendiat og avdelingsoverlege. Han jobber ved Klinikk psykisk helse og avhengighet, Sykehuset i Vestfold.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANDREAS WAHL BLOMKVIST

Andreas Wahl Blomkvist er spesialist i rus- og avhengighetsmedisin og ph.d.-stipendiat. Han jobber som overlege ved Rusavdelingen, Universitetssykehuset Nord-Norge.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KJETIL SAMUEL DALE

Kjetil Samuel Dale er spesialist i rus- og avhengighetsmedisin og jobber som overlege ved Poliklinikk for TSB og LAR, Sykehuset i Telemark.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

CHRISTINE SUNDAL

Christine Sundal er erfaringskonsulent og jobber ved Rus- og avhengighetsklinikken, Haukeland universitetssjukehus. Hun er brukerrepresentant og nestleder i ProLAR Nett.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

BEATHE HAUGE RØNNING

Beathe Hauge Rønning er lege i spesialisering i rus- og avhengighetsmedisin og jobber som konstituert overlege ved Rus- og avhengighetsklinikken, Haukeland universitetssjukehus.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

WASIFA SOFIA JAVED BUTT

Wasifa Sofia Javed Butt er spesialist i rus- og avhengighetsmedisin og ph.d.-stipendiat. Hun jobber som overlege ved Avdeling rus og avhengighet, Akershus universitetssykehus.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

SILVIA ZAVENOVA

Silvia Zavenova er spesialist i rus- og avhengighetsmedisin og jobber som overlege ved Rus- og avhengighetsklinikken, Haukeland universitetssjukehus.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

ANNE GRY ØRMEN

Anne Gry Ørmen er spesialist i rus- og avhengighetsmedisin og jobber som overlege ved Avdeling for rusbehandling, Sykehuset Østfold.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

CHRISTINA DAHL ANDERSEN

Christina Dahl Andersen er spesialsykepleier med mastergrad, nasjonal studiekoordinator i NORCATS og jobber ved Rus- og avhengighetsklinikken, Haukeland universitetssjukehus.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

KJELL ARNE JOHANSSON

Kjell Arne Johansson er spesialist i rus- og avhengighetsmedisin, jobber som seksjonsoverlege ved Rus- og avhengighetsklinikken, Haukeland universitetssjukehus og er professor ved Universitetet i Bergen.
Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

LARS THORE FADNES

Lars Thore Fadnes er spesialist i allmennmedisin og jobber som fastlege i Bergen. Han er forskningsleder for Bergen Addiction Research (BAR) ved Rus- og avhengighetsklinikken, Haukeland universitetssjukehus og professor ved

Universitetet i Bergen.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

JON MORDAL

Jon Mordal er spesialist i psykiatri, forsker og avdelingsoverlege ved Klinikken for psykisk helse og avhengighet, Sykehuset i Vestfold og forsker ved Akershus universitetssykehus og NORCATS.

Forfatteren har fylt ut ICMJE-skjemaet og oppgir ingen interessekonflikter.

Når gjentatte nedtrappingsforsøk med benzodiazepiner mislykkes, står klinikere i et dilemma: Skal vi alltid holde fast ved idealet om rusfrihet?

I norske klinikker for legemiddelassisteret rehabilitering (LAR) møter vi pasienter som strever med angst, søvnløshet, traumer og abstinensplager. Mange har brukt benzodiazepiner i årevis, ofte i høye doser og kjøpt illegalt. Flere har forsøkt nedtrapping uten å lykkes. Likevel råder det fortsatt betydelig faglig og etisk usikkerhet om hvorvidt noen av disse pasientene bør tilbys stabil, legeforskrevet benzodiazepinbehandling.

Spørsmålet er kontroversielt. Benzodiazepiner er forbundet med avhengighet, kognitiv svekkelse og økt overdosefare, særlig i kombinasjon med opioider (1–3). Samtidig vet vi at en stor andel LAR-pasienter bruker slike legemidler uavhengig av om vi forskriver dem eller ikke (4–7). Forskjellen er at illegale preparater kan ha ukjent styrke og innhold, ustabil tilgjengelighet og høyere risiko for både forgiftning og overdosedød (8–12).

En norsk registerstudie viser at omtrent halvparten av LAR-pasientene har fått forskrevet benzodiazepiner minst én gang i løpet av studieperioden (6), og samlet sett bruker trolig opptil to tredeler slike midler, enten forskrevet eller illegalt (4, 5, 7, 13). De siste årene har forskrivningen økt, samtidig som rapportert illegal bruk har gått noe ned (4). Dette kan delvis henge sammen med implementeringen av reviderte nasjonale retningslinjer for behandling ved opioidavhengighet, som åpner for unntaksvis vedlikeholdsbehandling med benzodiazepiner med mål om å redusere risiko og bedre livskvalitet. Effekten og sikkerheten ved dette er imidlertid ikke dokumentert (14, 15).

«For mange oppleves benzodiazepiner å ha en sentral funksjon i hverdagen – for å dempe abstinenser, angst og uro og ved å muliggjøre søvn»

Bak tallene ligger en pasientgruppe med høy sykdomsbyrde, utbredt psykisk komorbiditet og ofte langvarig rusavhengighet (13, 16). For mange oppleves benzodiazepiner å ha en sentral funksjon i hverdagen – for å dempe abstinenser, angst og uro og ved å muliggjøre søvn. Når disse legemidlene fjernes, opplever noen betydelig funksjonsfall og redusert livskvalitet, økt rusmiddelinntak eller overgang til farligere stoffer.

På det illegale markedet dominerer høypotente benzodiazepiner, som klonazepam og alprazolam, samt i økende grad også designer-benzodiazepiner og kombinasjonspreparater som kan inneholde høypotente syntetiske opioider (8–12). Det er ikke tilfeldig at de som kjøper «gatepiller», foretrekker høypotente midler som gir «mer verdi for pengene». Dette kan samtidig binde dem tettere til rusmiljøer, vinningskriminalitet og videre omsetning av rusmidler for å finansiere egen bruk. Både helserisikoen for den enkelte og de samfunnsmessige konsekvensene av dette er derfor betydelige, og i praksis svært krevende å håndtere, både klinisk og i et bredere samfunnsperspektiv.

Idealet og virkeligheten

Den overordnede oppfatningen i håndtering av benzodiazepinavhengighet er fortsatt at minst mulig bruk er å foretrekke, noe som i utgangspunktet taler for nedtrapping og seponering (14). Dette begrunnes med at langvarig bruk innebærer et betydelig skadepotensial, og at noen pasienter kan lykkes med gradvis reduksjon særlig når dette kombineres med psykososial behandling (16). Samtidig tilsier både klinisk erfaring og tilgjengelige data at dette ikke er gjennomførbart for alle (16, 17). For en del av pasientgruppen mislykkes gjentatte nedtrappingsforsøk, selv med tett og god oppfølging.

Skal vi da holde fast ved idealet om rusfrihet, selv om konsekvensen for mange blir fortsatt bruk av illegale preparater med høyere risiko? Eller skal vi vurdere en mer pragmatisk skadereduserende tilnærming, slik retningslinjene åpner for (14)? Dagens anbefalinger gir rom for begge strategier, men nettopp derfor ser vi også stor variasjon i praksis. Mange leger som arbeider med legemiddelassistert rehabilitering, opplever betydelig faglig og etisk press i disse vurderingene (15). Dette kan også bidra til variasjoner i forskrivningspraksis blant fastlegene.

«Skal vi da holde fast ved idealet om rusfrihet, selv om konsekvensen for mange blir fortsatt bruk av illegale preparater med høyere risiko?»

Hva er farligst?

Samtidig bruk av benzodiazepiner og opioider er assosiert med økt dødelighet (2). Samtidig er kunnskapsgrunnlaget svakt når det gjelder å vurdere hva som er farligst: en stabil og kontrollert forskrivning innenfor rammene for LAR-behandling, eller uforutsigbar illegal bruk i og utenfor behandlingen dersom de faller ut (2, 17).

De tilgjengelige studiene er hovedsakelig observasjonsstudier fra ulike settinger og med metodologiske begrensninger (2). Noen data tyder også på at seponering av langtids benzodiazepinbruk kan være forbundet med økt risiko for blant annet overdoser, selvmordsforsøk og akutte innleggelser (18). Kunnskapsgrunnlaget er sterkest når det gjelder sammenhengen mellom dødsrisiko og det å falle ut av LAR-behandling (19).

Dette betyr ikke at forskriving av benzodiazepiner er ufarlig, men det minner oss om at også seponering kan ha utilsiktede og alvorlige konsekvenser. Et viktig poeng er derfor at fravær av dokumentert nytte ikke er det samme som dokumentasjon for at forskrivingen er skadelig for alle.

Skadereduksjon er ikke resignasjon

Skadereduksjon har lenge vært et anerkjent prinsipp i rusbehandling. LAR-behandling er et godt eksempel på dette: Vi anerkjenner at full opioidavholdenhet ikke er realistisk for alle og velger en tilnærming – substitusjonsbehandling med buprenorfin og metadon – som har dokumentert effekt i å redusere dødelighet og bedre livskvalitet hos heroinavhengige (19). Spørsmålet er om det samme prinsippet i noen tilfeller også bør gjelde ved avhengighet til benzodiazepiner.

Å argumentere for dette innebærer ikke å bagatellisere risikoen. Tvert imot forutsetter det godt overveide og individuelle vurderinger av forventet nytte versus potensiell risiko, basert på streng seleksjon, behandlingsmål, tydelige rammer, tett oppfølging og kontinuerlig revurdering (14). For noen pasienter vil nedtrapping fortsatt være målet, men for andre kan alternativet til vedlikeholdsbehandling være betydelig farligere.

Det er ingen uenighet om at benzodiazepinavhengighet er en utfordrende klinisk problemstilling i LAR-behandling (1–3). Spørsmålet er om en svært restriktiv praksis kan gjøre situasjonen verre, ved at pasienter velger mer potente og uforutsigbare varianter kjøpt på det illegale markedet (8–12). For en særlig sårbar gruppe pasienter bør vi derfor vurdere om stabil, vedlikeholdsbehandling kan være et mindre onde enn alternativet, samtidig som den kan forbedre deres livskvalitet. Dette er ikke et oppgjør med idealet om rusfrihet, men en erkjennelse av at veien dit ikke er den samme for alle.

Vi trenger bedre kunnskap

Det mest påfallende i denne debatten er hvor tynt kunnskapsgrunnlaget faktisk er. Det finnes i dag ingen gode randomiserte kontrollerte studier som kan gi klare svar på om vedlikeholdsbehandling med benzodiazepiner i LAR-behandling er tryggere eller farligere enn nedtrapping for pasienter med langvarig avhengighet (2, 17, 20). En pågående norsk multisenterstudie undersøker nettopp dette (21). Resultatene vil forhåpentligvis gi et bedre grunnlag for fremtidige anbefalinger. Inntil da må klinikere ta beslutninger på usikkert grunnlag, men skadereduksjonsperspektivet bør være en del av de individuelle vurderingene.

LITTERATUR

1. Lintzeris N, Nielsen S. Benzodiazepines, methadone and buprenorphine: interactions and clinical management. *Am J Addict* 2010; 19: 59–72. [PubMed] [CrossRef]
2. Hestevik CH, Evensen LH, Kornør H et al. The association between benzodiazepine co-prescription, opioid agonist treatment and mortality: a systematic

- review. *BMC Psychiatry* 2024; 24: 741. [PubMed][CrossRef]
3. Griffin CE, Kaye AM, Bueno FR et al. Benzodiazepine pharmacology and central nervous system-mediated effects. *Ochsner J* 2013; 13: 214–23. [PubMed]
 4. Bukten A, Lillevold PH, Skeie I et al. SERAF-rapport 5/2025 – statusrapport 2024. Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo, 2025. <https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2025/seraf-rapport-nr-5-2025-statusrapport-2024.html> Lest 14.12.2025.
 5. European Union Drug Agency. Perspectives on drugs: The misuse of benzodiazepines among high-risk opioid users in Europe, Lisbon: EUDA, 2018. https://www.euda.europa.eu/topics/pods/benzodiazepines_en Lest 14.12.2025.
 6. Vold JH, Skurtveit S, Aas C et al. Dispensations of benzodiazepines, z-hypnotics, and gabapentinoids to patients receiving opioid agonist therapy; a prospective cohort study in Norway from 2013 to 2017. *BMC Health Serv Res* 2020; 20: 352. [PubMed][CrossRef]
 7. Aas CF, Vold JH, Skurtveit S et al. Health-related quality of life of long-term patients receiving opioid agonist therapy: a nested prospective cohort study in Norway. *Subst Abuse Treat Prev Policy* 2020; 15: 68. [PubMed][CrossRef]
 8. Andersson JA, Brekke M, Valtersnes OM. Akutt forgiftning ved rusrelatert bruk av benzodiazepiner. *Tidsskr Nor Legeforen* 2020; 140: 1027–30. [CrossRef]
 9. Edvardsen HME, Clausen T. Opioids related deaths during 2000–2017 in Oslo. Oslo: Oslo universitetssykehus, 2020.
 10. Holland A, Copeland CS, Shorter GW et al. Nitazenes-heralding a second wave for the UK drug-related death crisis? *Lancet Public Health* 2024; 9: e71–2. [PubMed][CrossRef]
 11. Høiseth G, Tuv SS, Karinen R. Blood concentrations of new designer benzodiazepines in forensic cases. *Forensic Sci Int* 2016; 268: 35–8. [PubMed][CrossRef]
 12. Huppertz LM, Moosmann B, Auwärter V. Flubromazolam - Basic pharmacokinetic evaluation of a highly potent designer benzodiazepine. *Drug Test Anal* 2018; 10: 206–11. [PubMed][CrossRef]
 13. Liebrez M, Boesch L, Stohler R et al. Agonist substitution—a treatment alternative for high-dose benzodiazepine-dependent patients? *Addiction* 2010; 105: 1870–4. [PubMed][CrossRef]
 14. Helsedirektoratet. Legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet. Nasjonal faglig retningslinje. Oslo: Helsedirektoratet, 2022. <https://www.helsedirektoratet.no/retningslinjer/behandling-ved-opioidavhengighet> Lest 14.12.2025.
 15. McDonald R, Bech AB, Clausen T. Evaluering av implementeringen av revidert nasjonal faglig retningslinje for legemiddelassistert rehabilitering (LAR) ved opioidavhengighet. SERAF-rapport 2/2025. Oslo: Senter for rus- og

avhengighetsforskning, Universitetet i Oslo, 2025.

<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2025/seraf-rapport-2-2025---evaluering-av-implementeringen-av-revidert-nasjonal-faglig-retningslinje-for-lar.pdf> Lest 14.12.2025.

16. Liebrenz M, Boesch L, Stohler R et al. Benzodiazepine dependence: when abstinence is not an option. *Addiction* 2010; 105: 1877–8. [PubMed][CrossRef]

17. Waal H, Clausen T. Kan substitusjonsbehandling være et alternativ ved avhengighet av amfetamin/metamfetamin, kokain, cannabis og benzodiazepiner? Oslo: Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), 2020.
<https://www.med.uio.no/klinmed/forskning/sentre/seraf/publikasjoner/rapporter/2020/seraf-rapport-2-2020-substitusjonbehandling-andre-rusmidler.pdf> Lest 14.12.2025.

18. Maust DT, Petzold K, Strominger J et al. Benzodiazepine discontinuation and mortality among patients with long-term benzodiazepine therapy. *JAMA Netw Open* 2023; 6: e2348557. [PubMed][CrossRef]

19. Santo T, Clark B, Hickman M et al. Association of opioid agonist treatment with all-cause mortality and specific causes of death among people with opioid dependence: a systematic review and meta-analysis. *JAMA Psychiatry* 2021; 78: 979–93. [PubMed][CrossRef]

20. Brunner E, Chen CA, Klein T et al. Joint Clinical Practice Guideline on Benzodiazepine Tapering: Considerations When Risks Outweigh Benefits. *J Gen Intern Med* 2025; 40: 2814–59. [PubMed][CrossRef]

21. Chalabianloo F, Fadnes LT, Assmus J et al. Benzodiazepine agonist treatment for patients with benzodiazepine dependence undergoing opioid agonist treatment: a study protocol for the randomized controlled trial BMX-BAR. *Trials* 2025; 26: 2. [PubMed][CrossRef]

Publisert: 14. april 2026. Tidsskr Nor Legeforen. DOI: 10.4045/tidsskr.26.0065

Opphavsrett: © Tidsskriftet 2026 Lastet ned fra tidsskriftet.no 14. juli 2026.