

Benzodiazepiner och värderingar – etiska och ideologiska aspekter på ett kontroversiellt område

Mikael Sandlund

Benzodiazepiner (lugnande medel som saluförs under namn som bl a Valium, Rohypnol och Sobril) som behandling av ångest och sömnlöshet är kontroversiella både inom den medicinska professionen och bland allmänheten. I artikeln får två primärvårdsläkares skilda ståndpunkter i frågan bilda bakgrund till en etisk och ideologisk diskussion. Det verkar uppenbart att ökad empirisk kunskap enbart inte kan avhjälpa kontroverserna på benzodiazepinområdet. Däremot förefaller ytterligare forskning om allmänhetens attityder och inställning vara angelägen för att kunna föra en rationell diskussion vidare.

Mikael Sandlund är verksam som psykiater vid psykiatriska kliniken i Skellefteå samt som forskare vid institutionen för socialmedicin vid Umeå universitet.

Benzodiazepiner är en läkemedelsgrupp vars användning ger upphov till mycket diskussion både inom och utom läkarkollektivet. Risken för beroendutveckling, abstinensproblem, missbruk, eventuella fosterskadande effekter och preparatens plats inom medicinen överhuvudtaget, är exempel på livligt diskuterade frågeställningar. Uppenbarligen är området kontroversiellt och innehåller frågor som inte enbart kan besvaras med hjälp av fakta. Två aktuella framställningar i benzodiazepinfrågan, båda utifrån primärvårdsperspektiv, kan illustrera detta.

Kemiska bekämpningsmedel mot ångestfylld medvetenhet

En distriktsläkare (1) beskriver hur man på hans vårdcentral kommit fram till att möjligheterna till vidareutveckling av verksamheten inte låg i förbättrad administration, förbättrade medicinska kunskaper eller resurser, utan i att förbättra den "kommunikativa karaktären" av patientbesöken. Ett problem som man identifierat

erat var för hög andel läkemedelsförskrivning, bland annat ångestlösnande och sömnmedelgivande medel, som författaren uppfattar som "kemiska bekämpningsmedel mot ångestfylld medvetenhet". I stället för att förnya recept på anxiolytika/hypnotika skrev han därför ett brev till dem som begärt receptförnyelse, där det bl a stod: "Jag har läst igenom Din journal och undrar om det finns något annat än nervlugnande piller som jag kan hjälpa Dig med. Jag mår oerhört illa av att medverka till att ge Dig gift i stället för att ta chansen att få prata med Dig och därigenom får lära mig hur folk har det och hur vi lever". I fortsättningen förklarar doktorn att oro inte är ett tecken på brist på nervlugnande kemikalier i kroppen, utan på bakomliggande problem som kan bli kroniska om de inte klaras ut i tid.

Det tycks hos denne distriktsläkare finnas en motvilja mot "medicinsk teknik", t ex i form av läkemedel. Det är "orätt" att använda produkter av medicinsk teknik mot det han beskriver som "en disharmoni mellan patientens aktuella möjligheter och närda hopp om att få uppleva betydelsefullhet". Inte oväntat kan det lokala apoteket notera en nedgång i försäljningen av bl a benzodiazepiner, vilket tolkas som resultat av ett "förmänskligande hållningssätt" mot patienterna.

Ångesten ofta obehandlad eller underbehandlad

En annan distriktsläkare intar en mera benzodiazepinvänlig inställning (2). Författaren poängterar att behandling av ångest är ett stort och viktigt område i primärvården. Många patienter har ångestbesvär även om de i sin berättelse inte använder just detta ord. Det är vanligare att doktorn får höra beskrivningar av ångestens yttringar från olika organ, t ex hjärklappning. När det gäller medikamentell behandling konstaterar författaren att problemet inte är att bra farmaka (dvs benzodiazepiner) saknas utan att de, lite tillspetsat, är "för bra". Med detta avses att förhållandet mellan verkning och biverkningar är så gynnsamt att använd-

ningen blivit omfattande, vilket "i sin tur på något märkligt sätt lett både till klassificering som halvvar-
kotiska preparat och åtföljande press på både förskri-
vande läkare och behandlad patient". När det gäller
denna preparatgrupps negativa sidor hävdar författa-
ren att biverkningarna i praktiken är "små och bety-
delslösa". Om tillvänjningsrisker och abstinensbe-
svär anför författaren att dessa fenomen är kända inom
primärvården, men att problemets storlek är liten. Han
förvånas över att begreppet tillvänjning endast kom-
mer till användning i samband med psykofarmaka.
"Om vi betraktar ångest som effekten av en brist i det
ångesthämmande systemet, en brist som kan upphävas
genom tillförsel av bensodiazepiner ... och jämför de-
ta med t ex Parkinsons sjukdom, en annan bristsjuk-
dom, och överför tillvänjningsbegreppet på levodopa"
så skulle den på levodopa välinställda parkinson-
patienten kunna betraktas som tillvånd, eftersom han
behöver sin medicin för att må bra, och försämras om
medicinen sätts ut. Vi brukar emellertid inte tala om
tillvänjningsrisker när det gäller läkemedel mot par-
kinsonism, påpekar författaren. Hans "cost-benefit-
analys" (som dock inte innefattar några försök till mo-
netära beräkningar) slutar på att "de positiva effekter-
na vida överstiger de negativa vid bensodiazepinbe-
handling av ångest".

Bensodiazepiner – några olika positioner

För den fortsatta diskussionens skull kan det vara skäl
att peka ut några olika ståndpunkter och beröra vilka
argument som ges särskild tyngd för att underbygga
ställningstagandena. Dessa positionsangivelser blir
med nödvändighet övertydliga och i viss mån stiliserade.
De tre första "positionerna" hänför sig till ett för-
skrivarperspektiv, de tre senare till ett patientperspek-
tiv.

Ångest som sjukdom

Denna position kan understödjas med epidemiologis-
ka uppgifter över ångestsjukdomarnas prevalens (3).
Den relativt stora förbrukningen av denna preparat-
grupp är mot bakgrund av sjukdomsförekomsten i be-
folkningen inte förvånande. Man betonar gärna vikten
av noggrann psykiatrisk diagnostik, som framhålls
som en garant för att den ångest man behandlar med
läkemedlen verkligen är av sjukdomskaraktär. Prepa-

ratets låga toxicitet och den goda ångestlösande effek-
ten utan dominerande biverkningar, påpekas också of-
ta. Risken för beroendutveckling och svårigheter i
samband med nedtrappning av medicineringen upp-
fattas som förhållandevis liten. Man erinrar ofta om att
barbituraterna hade avgjort sämre egenskaper i dessa
avseenden, och om att bensodiazepinpreparaten har
fördelar jämfört med övriga anxiolytika. Att patienter
får tillbaka sina ångestbesvär när bensodiazepinbe-
handlingen dras tillbaka tolkas inte primärt som absti-
nenssymptom, utan ses som en naturlig följd av att den
effektiva substansen inte längre tillförs kroppen. Efter-
som ångesten är handikappande för många människor
finner man det närmast oetiskt att inte ordinera verk-
ningsfull behandling, med bensodiazepiner som en
viktig del.

Ångest som livsbetingelse

Företrädare för denna position betonar att upplevelse
av ångest hör livet till. Att vara människa innebär att ha
ångest. Man varnar för medikalisering av mellan-
männsliga och existentiella problem som ofta kan yttra
sig i ångest. Genom att dämpa ångesten medikamen-
tellt kan möjligheten för människan att förändra sin si-
tuation gå förlorad. Olycka botas inte med tabletter!
Ångest har en innebörd som med hjälp av professio-
nella eller mera vardagliga möten med förstående
medmänniskor kan bli begriplig och till nytta för den
ångestfylld. Ibland kan psykoterapi behövas. Om lä-
karen "tystar" patienten med hjälp av medicinsk tek-
nologi, t ex tabletter, visar han sin oförmåga att möta
patienten där patienten finns och avvisar möjligheten
för förståelse. Det primära målet för behandlingen be-
höver inte vara att minska ångesten utan att hjälpa pati-
enten till ökad medvetenhet. Medicinskt teknologiska
lösningar på problem som yttrar sig i ångest och sömn-
löshet ses med motvilja, och uppfattas ibland som ona-
turliga.

.....

*Om läkaren "tystar" patienten med hjälp av me-
dicinsk teknologi t ex tabletter, visar han sin
oförmåga att möta patienten där patienten finns
och avvisar möjligheten till förståelse*

.....

Ett empiriskt testbart antagande är att psykofarmakologisk symptomreduktion skulle minska patientens motivation och tillgänglighet för psykiatri. En del studier tycks – tvärtemot dessa antaganden – visa på additiv effekt mellan bensodiazepiner och psykoterapi, även om dessa studier inte förefaller konklusiva (4). Motsatsen har också anförts från en beteendeterapeutisk ansats: patienter som i en experimentsituation utsätts för ett plågsamt stimulus under bensodiazepinpåverkan har svårare att via avbetingning göra sig av med den experimentellt framställda situationsbundna ångesten, än de som vid betingningen inte hade substansen i kroppen (5).

Läkemedelsindustrins marknadsföring har ibland givit goda argument till kritiken av bensodiazepiner som ett uttryck för medikalisering av sociala problem och missförhållanden. Även om annonseringen på senare år blivit mera modest saknas inte magstarka exempel. För ett par år sedan försökte en firma sälja sitt oxazepampreparat med hjälp av en bild på en medelålders kvinna, som i bildtexten yttrar: "Jag har ingen att prata med" (6). Bristande socialt nätverk vet vi innebära överrisker för ohälsa, men ensamhet i sig är inte någon indikation för bensodiazepiner.

Den moderata positionen

Denna position har fått officiell prägel via bland annat socialstyrelsens allmänna råd (7). Här framhålls å ena sidan att bensodiazepiner är verkningsfulla preparat som är förhållandevis väl dokumenterade. Å andra sidan manas till återhållsamhet eftersom oro, ångest och sömnstörningar ofta har "sociala och psykosociala problem som bakgrund" och därför behandlas med andra metoder än läkemedel. Förskrivning av bensodiazepiner bör inte ske vid första läkarbesöket utan endast i svårare fall då andra åtgärder varit otillräckliga. Behandlingstiden och maximaldosen bör fastställas och hållas så kort och låg som möjligt.

Viktiga argument för denna position kan hämtas från läkemedelsstatistik och receptundersökningar. Den påtagliga övervikten av kvinnliga bensodiazepinanvändare, ökningen av förskrivningen till de äldre, den markerade skillnaden mellan stad och landsbygd – stadsinnevanare förbrukar mer än landsbygdsborna (8) – är exempel på epidemiologiska data som problematiserar användningen av medlen. Ett intressant fe-

.....
Förskrivning av bensodiazepiner bör inte ske vid de första läkarbesöken utan endast i svårare fall då andra åtgärder varit otillräckliga. Behandlingstiden och maximaldosen bör fastställas och hållas så kort och låg som möjligt
.....

nomen är att förskrivningen i Stockholms län ligger under riksgenomsnittet, medan Malmöhus och Göteborgs och Bohus län ligger klart över. Skillnader mellan förbrukning i de nordiska länderna, är också av intresse. I Danmark konsumeras det mest bensodiazepiner, i Sverige numera minst (9). Data talar också för att informationskampanjer drastiskt kan förändra förskrivningsmönstren, åtminstone tillfälligt (8). Denna bakgrund bidrar till inställningen att bensodiazepinförskrivningen delvis styrs av irrationella faktorer vilka bör gå att påverka med hjälp av information och rekommendationer.

Historiskt sett har de flesta medel, som senare blivit missbruksmedel, en gång i tiden varit läkemedel (alkohol, opiater, barbiturater, metakvalon osv). Vi måste se till att inte bensodiazepinerna går samma utveckling till mötes. Läkarkåren bör uppmärksammas på att beroendeutveckling och missbruk existerar och bör verka för god hjälp åt patienter som inte klarar att själva avsluta sin medicinering. Det s k "TUB-projektet" (Terapi och Utvärdering av Bensodiazepinmissbruk) vid S:t Görans sjukhus i Stockholm verkar (10) liksom RFHL (Riksförbundet för Hjälp åt Läkemedelsmissbrukare) för spridning av kunskap om beroendeproblem och modeller för stöd till patienter i samband med nedtrappning. En i sammanhanget viktig observation är att bensodiazepiner är effektiva initialt men saknar terapeutisk verkan vid längre tids tillförsel.

De förgiftade

Sedan uppmärksamheten riktats mot bensodiazepinernas befroendeframkallande effekter förekommer det att personer, som har ett pågående eller övervunnet beroende till dessa läkemedel, träder fram i tidningsartiklar och böcker för att berätta om sin situation (11, 12). Ofta vill man påverka andra i samma situation att ta itu med sitt beroende, och få läkare att bli restriktiva eller

helt upphöra med förskrivningen. Man beskriver ofta att den första erfarenheten av preparaten skedde i samband med någon sorg eller olycka, och att läkare sedan okritiskt fortsatt förskrivningen utan att betona risken för beroendeutveckling. Den tidskrävande abstinensens alla plågsamma yttringar och vikten av ytterligt långsam nedtrappning understrykes. Inställningen till preparaten och till dem som ordinerat dem präglas ibland närmast av hat. "Dessa läkemedel har förorsakat så mycket lidande och har förstört flera år av mitt och familjens liv, ja förgiftat mig och brutit ner min kropp. Det är oansvarigt av läkemedelsföretag att tillverka och av läkare att skriva ut dessa gifter, och det är fel att de inte förbjuds".

De nöjda

En position bör reserveras för de patienter som använder bensodiazepiner och finner effekten god. Dessa personer kommer inte så ofta själva till tals i diskussionen, men visst kan man träffa på dem i sjukvårdsvardagen. Det kan vara den äldre damen som tar sin sömntablett varje kväll, och hon är säker på att hon utan den inte skulle få en blund i ögonen. Om doktorn ser tveksam ut när hon ber om receptförnyelse blir hon lite förvånad. "Jag tar medicin för hjärtat varje dag; varför skulle jag inte få ta medicin för sömnen; den hjälper ju så bra!" Ibland bjuder hon även sin jämnåriga make på en av sina sömntabletter; det hjälper dem båda att sova gott. Läkaren kan anse att behandlingen är av karaktären medicinering med "aktiv placebo" (13), en i princip aktiv farmakologisk substans som i dessa fall främst utövar sin verkan via patientens förväntanseffekt. I dessa situationer avböjer nog doktorn sällan att förnya receptet. Man kan också träffa på distriktschefen som utan bensodiazepiner i portföljen skulle känna sig betydligt mindre trygg. Hon tar en tablett varje morgon, och en eller ett par under dagen. Vid krävande tillfällen är det viktigt för henne att tabletterna finns med. Hon har läst och hört om risken att bli beroende, och försöker se till att inte öka dosen. Begäran om nya recept framförs aningen skuldtyngt. Någon gång framöver, när det inte är så stressigt på jobbet och hemma har hon nog planerat att sluta med tabletterna. Men just nu är det så mycket på gång att det inte är att tänka på. "Man måste ju fungera, och jag har då för egen del inte märkt av några direkta avigsidor med tabletterna".

Den vanliga vårdsökande

Denna position är avsedd att täcka in en "vanlig patient" som söker sin vårdcentral på grund av ångestbesvär. Någon universellt giltig medelpatient finns naturligtvis inte, men vi kan dock förutsätta att patienten går till doktorn för att få hjälp. Förhållningssättet till läkemedel som behandling mot ångest kan variera, men är antagligen ofta avvaktande. Attitydundersökningar i befolkningsurval har visat att psykofarmaka bedöms som farligare än bilar och kärnkraft (14). Många tycker att medicin mot ångest känns onaturligt, och oroar sig för att bli fast i kronisk medicinering. "Jag vill inte bli som en zombie". Det är dock vanligt att patienten vill få hjälp så fort som möjligt; ofta har man väntat ganska länge med att söka för sina besvär. När nu patienten äntligen samlat sig till ett läkarbesök vill han få konkret hjälp som tar bort symtomen. De flesta är beredda att följa de råd och förslag till behandling som doktorn förmedlar.

Fakta, värderingar, definitioner

Ett enkelt och ibland effektivt sätt att påbörja en analys av ett kontroversiellt område är att så långt som möjligt försöka skilja upp de påståenden och ståndpunkter som framförs i frågan med hänsyn till deras olika karaktär. Denna uppdelning blir aldrig exakt eller entydig. Den får göras med hänsyn till analysen av problemområdet; i den levande debatten flätas argument och påståenden av olika karaktär samman. Analysen här görs genom att ståndpunkterna och argumenten grupperas i följande tre nivåer: Vilka påståenden kan avgöras empiriskt, det vill säga är av faktakaraktär? Vilka påståenden grundar sig på olikheter i definitioner och begreppslika frågor? Vilka frågor är värderingsberoende?

Det är i de värderingsberoende frågorna som ideologiska ställningstaganden, moraliska överväganden och olika etiska grundprinciper kommer till uttryck. Ofta är det dock så att de definitioner som olika aktörer använder, liksom de fakta de redovisar, färgas av deras värderingar. Detta kan ibland leda till resultatlösa diskussioner, som så att säga handlar om "fel frågor". Man diskuterar trovärdigheten i olika empiriska resultat eller framhåller en speciell innebörd i begreppen i stället för att lyfta fram sina respektive värderingar. Om detta gjordes skulle den kontroversiella frågan åt-

minstone bli mera överskådlig och ofta lättare att ta ställning till.

Faktafrågor

Inställningen till empiriska data rörande behandlings-effekter förefaller att gå isär vid en jämförelse mellan positionerna *ångest som sjukdom* och *ångest som livsbetingelse*. Det är kanske inte så sannolikt att de som betonar ångestens existentiella karaktär skulle låta sig överbevisas även av väljorda kontrollerade studier som påvisade bättre effekter i en bensodiazepinbehandlad grupp än i en grupp behandlad med psykoterapi eller mänskliga möten. Kunskapsteoretiskt och metodologiskt finns det ibland ett avståndstagande från kvantitativa metoder och effektstudier som helhet, vilka gärna betecknas som uttryck för positivism, reduktionism eller naturvetenskap. Psykoanalys och existentialism, som kan identifieras som viktiga teoretiska grundelement för positionen *ångest som livsbetingelse*, placerar sig i en humanistisk tanketradition, där det systematiska prövandet av uppställda hypoteser inte alltid prioriteras som en väg till ökad kunskap.

Den moderata positionens företrädare försöker ta hänsyn till tillgängliga empiriska data, men man tvingas som ofta i konsensussammanhang konstatera att den avgörande kunskapen för att kunna utfärda allmängiltiga rekommendationer i stora stycken saknas eller är bristfällig. Detta gäller framför allt epidemiologisk information som skulle kunna belysa frågorna ur ett folkhälsoperspektiv.

De som upplever sig *förgiftade* av läkemedlen anser sig på goda grunder böra misstro läkarvetenskapens metoder för att prova ut och använda psykofarmaka.

Den vanlige våldsökande får antas ha ett visst mått av förtroende för att doktors råd och eventuella förskrivningar grundas på vetenskap och beprövad erfarenhet. Vi vet dock att många människor söker sig till alternativmedicinska behandlare (osteopater, homeopater etc), vilka inte omfattar det natur-vetenskapliga kunskapsidealet (15, 16).

Definitionsfrågor

Denna kategori av problem synes vara av avgörande betydelse för bensodiazepinområdet. Gränsdragningen mellan friskt och sjukt, mellan psykologiska normalreaktioner å ena sidan och patologiska ångesttill-

stånd och sömnstörningar å andra sidan, är svårbe-mästrad. Ett ökat intresse för psykiatrisk diagnostik har resulterat i tillkomsten av diagnostiska manualer, där man försöker avgränsa de olika syndromen via preciserade symptomlistor (17). De tillstånd som inte fyller kriterierna för dessa diagnostiska avgränsningar kan anses vara "icke-sjukdom". Däremot finns ingen i praktiken användbar definition för psykisk hälsa, vilket skulle kunna öka möjligheterna till en mer precis gränsdragning. Trots den psykiatriska diagnostikens framsteg får vi acceptera att ångest *både* kan vara tecken på sjukdom eller störning, *och* en livsbetingelse som hör människovarat till. För läkaren är det inte alltid möjligt att urskilja vad som är vad. Bensodiazepinerna kan emellertid förväntas ge tillfällig lindring av obehagen i bägge fallen. Eftersom *de nöjda* och *de vanliga våldsökande* söker vård, har de definierat sitt tillstånd som ett vårdbehov vilket sjukvården förväntas kunna avhjälpa. Definitions- och terminologiproblemen framgår även på andra nivåer i diskussionen mellan de utpekade positionernas aktörer. Om de aktuella preparaten konsekvent benämnes som gift försvårar detta ett ömsesidigt utbyte av åsikter. Att beteckna ångest som en bristsjukdom i ett transmittersystem har på likartat sätt en provocerande inverkan (2).

Värdefrågor

Inga medicinska ställningstaganden sker i ett värderingsmässigt vacuum, men på de områden där grundläggande definitions- och avgränsningsfrågor är kontroversiella, blir värderingarna särskilt betydelsefulla. Medan kunskap om bästa behandling vid Parkinsons sjukdom, giftstruma eller halsfluss på ett tämligen okontroversiellt sätt kan avgöras via kontrollerade studier, erbjuder t ex ångestbehandling, aborter och alkoholism betydande svårigheter. De senare problemen har det gemensamt att de ligger i en diffus gråzon, mellan sjukt och friskt.

De grundläggande etiska reglerna på vårdområdet

kan uttryckas som *göra gott, icke skada, autonomi och rättvis vård*. Dessa principer går sällan att helt uppfylla samtidigt; de konkurrerar ofta om prioriteten.

De tre utpekade positionerna ur behandlarperspektiv utgår alla från grundprincipen *göra gott*. Särskilt positionen *ångest som livsbetingelse* kan innebära att göra gottmotiven kommer att prioriteras framför autonomi-principen, dvs i dessa fall patientens eget inflytande över vård och behandling. Beslut som fattas oberoende av en patients egna önskemål, men i syfte att gagna honom eller henne, brukar betecknas som uttryck för *medicinsk paternalism*. Behandlarens, och kanske socialstyrelsens, inställning till vad som är de bästa vårdåtgärderna får – med patientens bästa som syfte – företräde framför patientens egna önskemål. Positionen *ångest som sjukdom* kan, under förutsättning att patienten själv önskar medicinering, komma att innebära en lägre grad av paternalism. Autonomi-principen får här eventuellt företräde framför icke-skadapprincipen. Denna position tycks även närmare ansluta sig till en liberal och konsekvensetiskt färgad etisk grunduppfattning, medan positionen *ångest som livsbetingelse* har puritanska och paternalistiska drag. Att behandla ångest med kemiska medel blir nära nog alltid fel, oberoende av patientens eventuella önskemål och möjliga empiriska belägg i form av effektstudier. Om bensodiazepinbehandling accepteras inom denna position, sker detta på liknande sätt som vissa kristna accepterar aborter: som en nödlösning, för att undvika svårare konsekvenser.

Den moderata positionen innebär ett betonande av icke-skada-principen. Med hänsyn till de tveksamheter som finns inför irrationell behandling, anbefalles restriktivitet i bensodiazepinanvändningen. Eftersom preparaten även av många bedöms som värdefulla är det viktigt att vi sköter förskrivningen på ett balanserat sätt, så att inte ökande felanvändning eller stark opinion mot medlen tvingar tillsynsmyndigheten till ett

.....

De grundläggande etiska reglerna på vårdområdet kan uttryckas som principerna göra gott, icke skada, autonomi och rättvis vård. Dessa principer går sällan att helt uppfylla samtidigt; de konkurrerar ofta om prioriteten

.....

förbud. Detta konsekvensetiska resonemang ger icke-skada-principen prioritet framför autonomiprincipen, och även – kan det tyckas – framför göra-gott-principen. För att skapa konsensus och jämka samman de olika expertopinionerna väljer man i denna position att rekommendera försök med andra åtgärder än läkemedel i första hand, samtidigt som bensodiazepiner framhålls som det lämpligaste för vissa patientkategorier. Detta bör i praktiken kunna innebära att vissa patienter i alla fall under en viss tid ställs utanför den behandling man anser vara mest förenlig med göra-gott-principen.

Rättvisep principen är även relevant i bensodiazepindiskussionen. Om det är så att unga, välutbildade och vältaliga patienter med ångest erbjuds samtalsbehandling, medan patienter med lägre social status och högre ålder rekommenderas till medicinering (18), uppfylls inte lika-vård-principen. Man kan även i detta sammanhang fundera över orsaken till att bensodiazepinfrågorna tycks få oproportionerligt stort intresse. Beror detta på att bensodiazepinanvändare i regel har högre status i samhället än de psykiskt långtidssjuka? (19) Eller har det att göra med skillnader i förskrivarkategori?

Förutom de ovan berörda kopplingarna till etiska grundantaganden rymmer bensodiazepinfrågan värderingsmässiga aspekter av ideologisk och moralisk karaktär. Uppfattningen att t ex psykoterapi är en mer naturlig behandlingsform vid ångest än kemiska produkter uttrycker en ideologisk inställning som kan få paternalistiska drag när den styr valet av behandling oberoende av patienternas inställning. Synen på ångest och eventuellt också sjukdom som något som måste bäras, genomlidas, uthärdas och besegras, är en annan moraliskt färgad uppfattning: "Det finns inga genvägar till hälsa!".

Sammanfattning

Medicinen innehåller flera kontroversiella områden där fortsatt empirisk forskning i och för sig är angelägen, men där divergerande uppfattningar i centrala värde- och definitionsfrågor medför att ytterligare fakta inte helt kan avgöra vilka värden som är bättre eller sannare än andra. De är däremot öppna för kartläggning med hjälp av empiriska metoder, en möjlighet som hittills sällan utnyttjats. Värdefrågorna är likaså möjliga att belysa inom ramen för en rationell diskus-

sion. Det är också viktigt att ta itu med definitionsfrågorna. Förmodligen kan de flesta aktörer enas om att fenomenet ångest som sjukdomstecken existerar. Därmed kommer dock knappast frågeställningarna att bli fria från kontroverser. Men av det faktum att ett område är kontroversiellt följer inte att argument på olika nivåer behöver sammanblandas. Förmodligen skulle diskussionen berikas av att särskilt de icke-professionella aktörernas värderingar och synsätt kom fram. Den position som ovan kallats *de vanliga vårdsökande* kan komma till tals via attitydundersökningar etc. Kanske skulle bilden av bensodiazepinkontroverserna förtydligas med hjälp av ökad kunskap om hur denna aktör, dvs "vanligt folk", tycker och tänker i frågan!

REFERENSER

1. *Hellström O*: Läkemedelsförskrivning och vårdkvalitet. Allmänmedicin 6, 186–191, 1987.
2. *Lorentzon S*: Treating anxiety in primary health care – cost-benefit aspects. Special problems and possibilities for the physician in connection with treating anxiety in primary health care. Nord Psykiatr Tidskrift 44 (suppl 21), 15–19, 1990.
3. *Regier D A, Boyd J H, Burke J D et al*: One-month prevalence of mental disorders in the united States. Arch Gen Psychiatry 45, 977–986, 1989.
4. *Uhlenhuth E H*: The benzodiazepines and psychotherapy: Controlled studies of combined treatment. In: Costa E (ed). The Benzodiazepines, Raven Press, 1983.
5. *Jensen H H*: Om experimentella adfärdsfarmakologiske forskning. Föredrag vid NAD-symposium om forskning om beroendeframkallande läkemedel. Menstrup, jan 1988.
6. *Sandlund M*: Anmälan till Nämnden för bedömning av läkemedelsinformation (NBL) mot AL läkemedel, för deras marknadsföring av preparatet Alopam, 1987. Anmälan resulterade i att firman fälldes av NBL.
7. Socialstyrelsen: Allmänna råd 1990:7. Beroendeframkallande psykofarmaka. Att behandla och förebygga beroende och missbruk. Stockholm 1990.
8. *Melander A, Henricson K, Stenberg P, Malmvik J, Sternebring B, Kaij L, Bergdahl U*: Anxiolytic-hypnotic drugs: Relations between prescribing, abuse and suicide. Eur J Clin Pharmacol (in press).
9. Nordic Council on Medicines: Statistics 1990.
10. *Vikander B, Lindroth A, Tönne U, Borg S*: Avgiftning av bensodiazepinberoende patienter. Läkartidningen 41, 3276–3279, 1987.
11. *Gordon B*: *Im dancing as fast I can*. Månpocket, Stockholm, 1981.
12. *Tricket S*: Fri från lugnande medel. Idéförlaget, 1988.
13. *Bok S*: The ethics of giving placebos. Scientific American 231, 17–23, 1974.
14. *Malmfors T, Slovi P, Kraus N et al*: Allmänhetens uppfattning av risker och läkemedelsbehandling. Sv Farmac Tidskr 92, 31–37, 1988.
15. Alternativkommittén (delrapport): Fakta och röster om alternativmedicin. Allmänna förlaget, Stockholm 1987.
16. *Lynöe N*: Theoretical and empirical problems in the assessment of alternative medical technologies. Scand J Soc med 17, 257–263, 1989.
17. DSM III, Diagnostic and statistical manual of mental disorders, third edition. American Psychiatric Association, Washington 1983.
18. *Eliasson R, Nygren P*: Psykiatrisk verksamhet 1: Samhälle, människosyn och modern själavård. Prisma, Stockholm 1981.
19. *Sandlund M*: Forskning om vård av psykiskt långtidssjuka, en översikt av begrepp, teorier och metoder ur ett hälso- och sjukvårdsforskningsperspektiv. Stockholm: Medicinska Forskningsrådet, 1991