

Legane bør ikkje vike unna problemstillingane knytta til føreskriving og seponering av B-preparat. Fornyng av resepten bør vere knytta til konsultasjonen

B-preparat er ikkje for pysar

Dei fleste legar kjenner seg igjen i situasjonen. Pasienten kjem med ei tilleggsbestilling, gjerne i slutten av konsultasjonen: «Og så var det berre om eg kunne få noko å sove på.» Ein kjenner eit ubehag. For ein skal ikkje skrive ut sovemiddel utan at ein har gode grunnar for det. På den andre sida bør ein ikkje avvise pasientar som gjerne har gode subjektive grunnar for å be om slike medisinar. Aksepterer ein pasientens ønske, kan ein kjenne seg manipulert. Gjer ein det ikkje, kan det gå utover det gode lege-pasient-forholdet ein gjerne vil oppnå.

Dei såkalla B-preparata utgjer ei stor gruppe medisin. I praksis handlar det om innsovningsmedisin, såkalla hypnotika, angstdem-pande medisin, såkalla anxiolytika, og kodeinhaldige smerte-stillande medikament. Benzodiazepina er den dominerande gruppa B-preparat. Felles for dei er at dei påverkar sentralnervesystemet og kan gje svekka kognitive og psykomotoriske funksjonar i tillegg til ein uheldig ruseffekt. Dette, saman med faren for å bli avhengig, gjer at desse medisinarne er attraktive på den illegale marknaden. Når dei likevel utgjer ein vesentleg del av farmakoterapien, er det fordi dei er viktige og gode medisinar som langt på veg revolusjonerte legevitenskapen då dei blei introduserte for over 40 år sidan. Dei blir av WHO vurdert som essensielle legemiddel (essential drugs) som bør vere tilgjengeleg for medisinsk bruk over heile verda (1). Det er vanskeleg å drive seriøs allmennpraksis utan å føreskrive B-preparat.

I dette nummeret av Tidsskriftet presenterer Torper & Steine ei undersøking der tidlegare faste brukarar av vanedannande medisin, i hovudsak benzodiazepin, beskriv korleis dei har opplevd å slutte med B-preparat (2). Studien har kartlagt både reaksjonane til pasientane då dei slutta med medisinarne og deira erfaringar med helsevesenet i samband med seponering.

Ikkje uventa peikar forfatarane på klare svikt i legehendinga av dette problemet. Mange av pasientane hevdar at dei lett fekk tilbod om vanedannande medisin sjølv om dei hadde ønska seg noko anna, som støtte, samtale og meir personleg kontakt. Det desse informan-tane var endå meir kritiske til, var legens ansvar for det langvarige forbruket, som blei forsterka av dårleg informasjon om biverknaad og avhengighet og mangelfulle avtaler om tidsavgrensa forbruk. Som det har blitt påpeika også tidlegare skjer ofte fornying av desse reseptane utan samtidig konsultasjon, noko som kan forstås som at både lege og pasient gjerne vil vike unna mange av dei utrivelege spørsmåla knytta til ny føreskriving (3).

Det er viktig å halde tunga rett i munnen når det gjeld begreps-bruken rundt desse medisinarne. Det vert snakka om tilvenning, trong (dependence), misbruk og vanedanning. Problemet med bruk av B-preparat er prinsipielt sett ikkje faren for tilvenning, men faren for trong. Ein blir tilvent ein medisin når den fysiologiske konstitu-sjonen krev han eller ein har ein sjukdom som blussar opp igjen når ein ikkje tar denne medisinen. Det er tilfellet med B-preparat som det er tilfellet med andre slags medisin. Trong er derimot ein pato-logisk tilstand prega av patologiske sideeffektar som behov for doseauke, abstinens, manglande etterleving og avtakande effekt (4). Det er viktig å påpeike at det er dette og misbruk ein vil til livs, ikkje tilvenning eller vanedanning i og for seg. Sjølv har eg aldri klart å mobilisere den store entusiasmen for å stoppe den eldre

kvinna som må ha sin halve innsovingstablett år ut og år inn, men som elles fungerer heilt fint både fysisk og sosialt. Vel ho å fortsetje sjølv om ho kjenner argumenta mot, får ho mi støtte til det. Eg ser det knapt som noko helseproblem.

Det som derimot er eit problem, er om legane har ein tendens til å vike unna problema knytta til bruk av B-preparat. Om ein skal skrive ut desse medisinarne eller ikkje, er eit spørsmål om adekvat samhandling mellom pasient og lege. Til sjuande og sist handlar det om lege-pasient-relasjonen og den kliniske samtalen. Det er ikkje noko mystisk med føreskriving av B-preparat. All medisinerer skal inngå i ein forpliktande relasjon. Bak all medisinerer skal det ligge ei klinisk vurdering til grunn. Det er ikkje nok at pasienten har eit subjektivt behov. All medisinerer har sin indikasjon og sine kontraindikasjonar. Og i all medisinerer ligg det ei forventing om ønska effekt. Denne effekten bør etterprøvast. Pasientane bør ikkje ha ei kjensle av at ein altfor lettvent kan få slike medisinar. Det bør vere like sjølv sagt å seponere B-preparat som det er å føreskrive dei. Pasienten er i prinsippet ikkje ferdigbehandla før medisinarne er seponert, og behovet bør revurderast så lenge medisinen blir brukt. Ulemper og ansvar ved bruk bør understreka. Til dømes bør einkvar pasient bli konfrontert med det faktum at det er uforsvarleg å køyre bil dersom ein er påverka av B-preparat.

På den andre sida er det ikkje grunn til å gjere dette spørsmålet større enn det er. Her som elles i klinisk verksemd kjem ein ikkje unna å gjere sjølvstendige vurderingar som balanserer ulike omsyn. Same kva ein gjer, vil det kunne problematiserast. Dei fleste legar plar vere nøye med å påpeike at dei har ei restriktiv haldning til å føreskrive B-preparat. Sidan den motsette haldninga er fagleg uakseptabel, er dette eit utsagn like informativt som at ein prest skulle seie at han trudde på Gud. Både for legar og pasientar er det sosiale stigmatiserande å ha ein for lettvent omgang med B-preparat. Det gjev lite fagleg prestisje å bruke tid og krefter på pasientar som meiner dei må ha medikament. Heller ikkje som pasient skryt ein på seg særleg prestisje av å vedgå at ein treng litt Vival kvar dag. Slik sett kan ein gjerne hevde at bruk av B-preparat ikkje er for pysar, anten det gjeld legar eller pasientar.

John Nessa

john.nessa@isf.uib.no

John Nessa (f. 1949) er kommunelege i Hjelmeland i Rogaland og førstemanuensis ved Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Bergen.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Piper A. Addiction to benzodiazepines – how common? Arch Fam Med 1995; 4: 964–70.
2. Torper J, Steine S. Seponering av B-preparater – hvordan opplever brukerne det? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2342–4.
3. Straand J, Rokstad K. General practitioners' prescribing patterns of benzodiazepine hypnotics: are elderly at particular risk of prescribing? Scand J Prim Health Care 1997; 15: 16–21.
4. Bruk av benzodiazepiner. Rapport nr. 10 fra komiteen for medisinsk teknologi-vurdering. Oslo: Norges forskningsråd, 1996.