

Benzodiazepiner – kvalitetssikring av egen forskrivning i allmennpraksis

KLINIKK OG FORSKNING

DAGFINN KROGSÆTER

Email: dagfinnkr@sf.telia.no

Kinn Legekontor

Postboks 164

6901 Florø

JØRUND STRAAND*

Universitet i Bergen

Ulriksdal 8c

5009 Bergen

* Nåværende adresse:

Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin

Universitetet i Oslo

Postboks 1130 Blindern

0317 Oslo

I et kvalitetssikringsprosjekt i en allmennpraksis ble legens forskrivning av benzodiazepiner undersøkt ut fra journaloppføringskjemata til pasientene. Deretter fulgte intervensjon bestående av "benzodiazepinkonsultasjoner" med diagnostisk og individuelt tilpasset oppfølging av pasientene, med seponering eller dosereduksjon som mål.

Av 754 pasienter hadde 10 % (N = 76, gjennomsnittsalder 59 år, 62 % kvinner) fått skrevet ut ett eller flere benzodiazepiner de siste tre år (to tredeler sporadisk, resten fast). 46 % hadde brukt denne medisinen i mer enn ti år. Ni av ti led av en eller flere kroniske sykdommer. 63 av 76 pasienter besvarte tilsendt spørreskjema og møtte til benzodiazepinkonsultasjon. Behandlingen opprinnelig startet opp i allmennpraksis i 78 % av tilfellene, hyppigst pga. angst (40 %), søvnvansker (23 %) og depresjon. Primærlege hadde tidligere tilrådd seponeringsforsøk hos 46 %.

17 faste brukere av diazepam eller oxazepam ble fulgt videre opp med individuell veiledning, alternativt farmakologisk eller psykiatrisk behandling, (psykomotorisk) fysioterapi og psykiatrisk behandling.

I løpet av prosjektperioden (17 måneder) seponerte 47 % av pasientene benzodiazepin mens 29 % reduserte forbruket. I artikkelen diskuteres erfaringer med å gjennomføre en slik intervensjon i allmennpraksis.

Det er generell faglig enighet om at daglig bruk av benzodiazepiner i mer enn 3 – 4 måneder er uheldig, fordi terapeutisk effekt ikke er dokumentert utover dette tidsrommet og fordi faren for toleranseutvikling og avhengighet øker med behandlingslengden (1, 2). Langvarig bruk av disse medikamentene kan dessuten føre til bivirkninger som man i utgangspunktet ikke har vært oppmerksom på. Abstinenssymptomer kan forveksles med den opprinnelige indikasjonen for medisineren direkte årsak til at pasienten tar neste tablett (3).

Leger blir ofte anklaget for å ha en uhensiktsmessig forskrivningspraksis av benzodiazepiner, og denne kritikken rammer også allmennpraktikere, siden mer enn 80 % skrives ut i allmennpraksis (1).

Mange leger føler ofte ubehag ved forskrivning av benzodiazepiner (4, 5). Forhold som trolig medvirker til at de kan oppleve usikkerhet og ubehag i forhold til kvaliteten av egen forskrivningspraksis, kan ha sammenheng med egne forskrivningsvaner. De fleste forskrivninger er reseptfornyelser som skjer ved indirekte lege-pasient-kontakt, kan fast bruk av benzodiazepiner til uten systematisk oppfølging og evaluering av behandlingen (6).

Travelhet og sterke pasientforventninger gjør at det kan oppleves enklest for legen å skrive ut medikamentene når pasienten kommer eller står i luken og ber om ny resept. Det å skrive ut benzodiazepiner til daglig bruk over år uten at man føler seg trygg i medisinske grunnlaget for (fortsatt) behandling, kan bevirke at legen opplever et økende faglig ubehag ved egen forskrivning (5).

Idéen til dette prosjektet oppstod i egen allmennpraksis hos prosjektleder Dagfinn Krogsæter. Egne pasienter som hadde langvarig bruk av benzodiazepiner, meldte spontant tilbake om positive helsegevinster ved det å klare seg foruten (tabell 1). En mer positiv opplevelse av endret hverdag – fra et liv fokusert på piller til mer normale interesser – faktisk kan oppnå helsegevinster ved å seponere slike medikamenter, er vist i flere undersøkelser (7, 8).

Tabell 1

Tre kasuistikker fra egen allmennpraksis og som viser ulike pasienterfaringer i det å forandre eget bruk av benzodiazepiner

<i>Pasient 1.</i> Ung mann. Alkoholmisbruk fra 14 års alder og fast bruker av benzodiazepiner i høye doser fra han var 16 år (opptil 80 mg diazepam daglig). Alkoholmisbruk var det for lengst slutt med, men han ønsket også hjelp til å seponere diazepam. Etter støttetimer hos legen, psykomotorisk fysisk og kognitiv trening, samt en gradvis nedtrapping over åtte uker kunne han seponere diazepam, som han hadde brukt daglig i nær 20 år. Det gikk altså an å seponere og så beholde en fornøyd pasient
<i>Pasient 2.</i> Middelaldrende kvinne. Etter at hun hadde vært uten benzodiazepiner i to år, betrodde hun seg en dag til legen at "det er så godt å være uten dem". Da hun gikk på tabletter, kunne hun nemlig "gjøre nesten hva som helst for å få tak i dem". I ettertid syntes hun at det var fælt å tenke på at hun hadde vært avhengig av dem, og hun fikk en utredning hos psykiateren for å få utskrevet resept
<i>Pasient 3.</i> Eldre kvinne. Da librium ble avregistrert, var det ingen andre medisiner som kunne erstatte denne i hennes øyne. Hun fikk svære abstinenssymptomer og kunne en tid knapt gå. Hun følte seg syk og forlangte skikkelig utredning. "Helsjekk" og utredning hos nevrolog tok sin tid og etter hvert (i løpet av flere måneder) forsvant symptomene

Bakgrunnen for dette prosjektet var således en blanding av egeninteresse fra legens side av å komme ut av et opplevd uhensiktsmessig forskrivning, og ønsket om å gi pasientene best mulig hjelp til å mestre sine problemer uten langvarig og skadelig medikamentbruk.

Formålet med prosjektet var å kvalitetssikre forskrivningspraksis av benzodiazepiner til egne pasienter ved å:

- Identifisere og beskrive brukerne nærmere
- Gjennomføre en bred diagnostisk vurdering
- Gjennomføre en bred og individuelt tilpasset terapeutisk oppfølging med seponering eller dosereduksjon av benzodiazepiner som målsetting.

Materiale og metoder

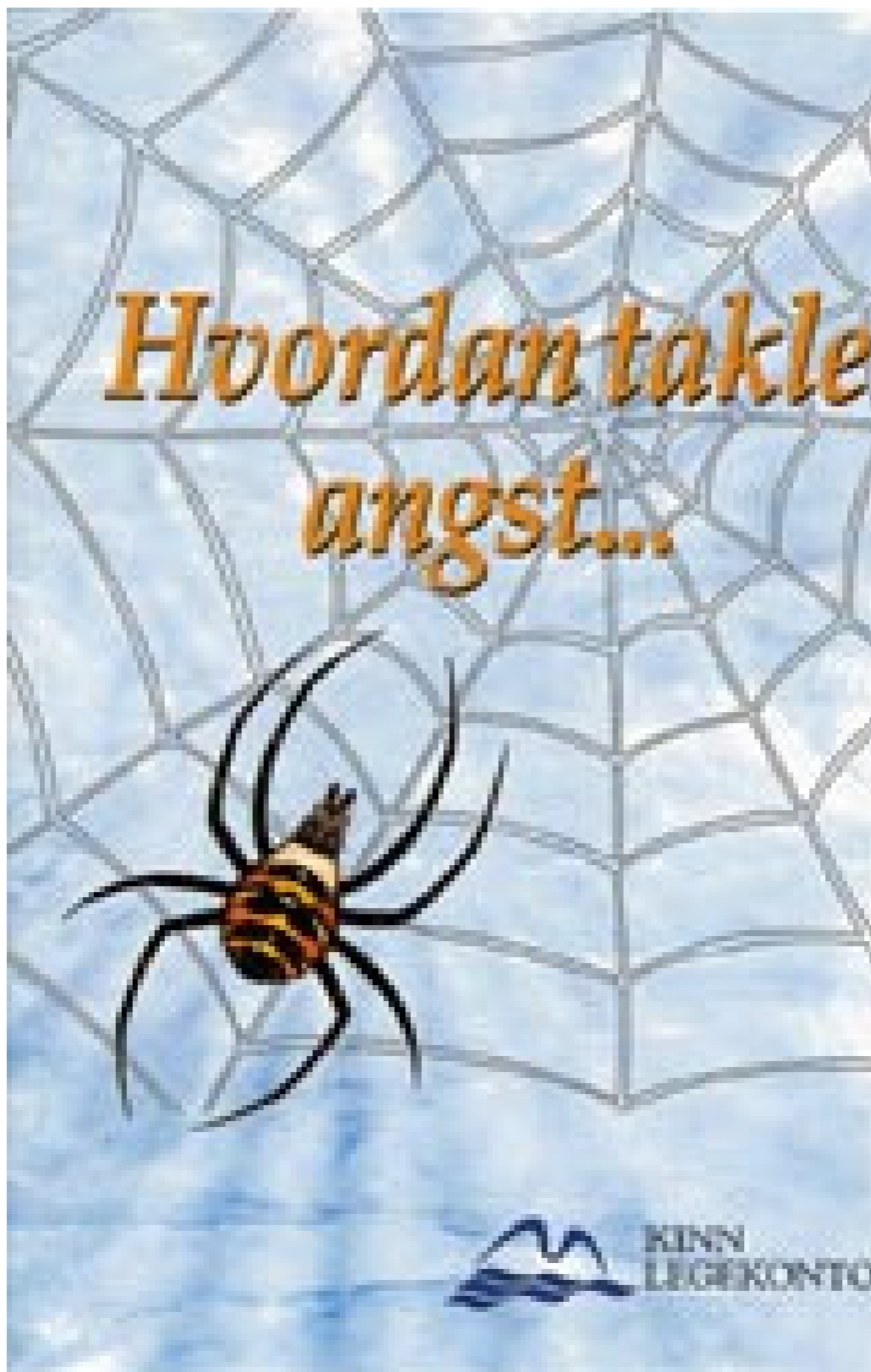
Studien ble utført på et allmennlegesenter i en middels stor kommune der prosjektleder har arbeidet som primærlege i 15 år. Primærlegene i kommunen har fra tidligere etablert den praksis at benzodiazepiner bare skal skrives ut av pasientens fastlege.

Samtlige pasienter som hadde fått skrevet ut resept på et benzodiazepin hos prosjektleder i løpet av 15 månedersperiode fra januar 1995 til april 1996 ble identifisert ved hjelp av retrospektiv journalgransking. Disse pasientene ble inkludert i studien. Fra pasientene ble det hentet ut pasientdata, diagnostiske opplysninger om eventuelle kroniske sykdommer og data for benzodiazepinforskrivninger de siste tre år. Utskrevet benzodiazepinmengde ble omregnet til definerte døgndoser (DDD) av aktuelle medikamenter utgjør 1 DDD 10 mg diazepam, 50 mg oxazepam, 5 mg nitrazepam eller 1 mg flunitrazepam. På basis av utskrevet mengde de siste tre år, ble pasientenes individuelle bruksprofil av benzodiazepiner kategorisert som fast bruk (>200 DDD/år) eller sporadisk bruk (<200 DDD/år).

Alle inkluderte pasienter ble deretter tilskrevet med invitasjon til å møte til en utvidet konsultasjon (45 minutter) hvor temaet om bruk av benzodiazepin bruk skulle stå i fokus. Sammen med denne invitasjonen var det vedlagt et generelt informasjonsskriv om bruk av benzodiazepiner, herunder omtale av mulige bivirkninger og uheldige sider ved fast langtidsbruk. Dessuten var spørreskjema som pasientene ble bedt om å fylle ut og returnere i vedlagt frankert svarkonvolutt til prosjektleder før den neste konsultasjonen.

I spørreskjemaet som var vedlagt invitasjonen, var det spørsmål knyttet til aktuell medisinerbruk – varighet, hvem som skrev ut benzodiazepiner til dem første gangen og hvorfor, om legen tidligere hadde foreslått seponering, og om hvordan de selv hadde prøvd å seponere. De ble også spurt om eventuelle søvnvansker og angstproblemer. I tillegg ble de spurt om bruk av kaffe, tobakk og alkohol.

Den utvidede benzodiazepinkonsultasjonen tok for en stor del utgangspunkt i de skriftlige svarene hver enkelt pasient hadde gitt inn på forhånd, og det ble gitt generell informasjon om benzodiazepiner. Noen pasienter fikk dessuten informasjon av spesialist om relevans for nettopp dem. Pasienter med angstproblemer fikk utdelt selvhjelpsheftet *Hvordan takle angst* (fig 1). Dette materialet er av prosjektleder fra engelsk (9). For øvrig ble det i forbindelse med dette prosjektet ikke gjennomført systematiske litteratursøket.



Figur 1 Heftet **Hvordan takle angst** er ment som hjelp til selvhjelp og egner seg spesielt godt til mennesker som sliter med angst og kroppslige fornemmelser

Faste benzodiazepinbrukere fikk deretter tilbud om tilrettelagt, tett oppfølging hos prosjektleder. Siktemålet var doseredusering og seponering av benzodiazepinbruken. Oppfølgingen bestod av utvidede konsultasjoner (45 minutter) i prosjektperioden (1. august 1997, 17 måneder), og med gradvis nedtrapping av benzodiazepiner hos dem som ønsket å prøve dette. Det inngikk også en vurdering av psykomotorisk fysioterapeut med henblikk på et mulig tilbud om psykomotorisk behandling eller nedtrapping eller seponering (10). Grunnlaget for å prøve dette var tidligere gode erfaringer basert på etablert samarbeid mellom fysioterapeuten som praktiserer i samme bygning som legesenteret. Faste hypnotikabrukere fikk tilbud om å forsøke ikke-farmakologisk behandling mot søvnvansker: søvnhygieniske råd, lysterapi eller alternativ farmakologisk behandling (f.eks. zopiklon).

Under hele prosjektet var det dessuten lagt opp til muligheter for individuelle tilpasninger ut fra lokale muligheter og innsett behov, for eksempel alternativ farmakologisk behandling, henvisning til den lokale psykiatriske poliklinikken eller det psykiatriske dagsenteret på stedet. Indikasjon for å forsøke eventuell behandling med antidepressive legemidler ble bestemt etter vurdering av lege og psykolog.

retningslinjer.

Materiale

Journalregistreringen viste at 754 var faste pasienter hos prosjektleder. 57 % av dem var kvinner. I registreringsperioden sammen 76 av de 754 pasientene skrevet ut en eller flere resepter på benzodiazepiner. Disse 76 pasientene fikk tilsendt spørreskjemaet og ble invitert til den utvidede benzodiazepinkonsultasjonen.

Resultater

For de 76 pasientene (gjennomsnittsalder 59 år, 62 % kvinner) som hadde fått skrevet ut benzodiazepiner i registreringsperioden viste journalgranskingen at denne behandlingen hos de fleste hadde pågått lenge, hos 46 % i mer enn ti år. Basert på utskrevet mengde siste tre år, var 49 pasienter sporadiske brukere (<200 DDD/år), mens 27 var faste brukere (hvorav seks kun var hypnotikabrukere). Bare én pasient hadde et årsforbruk som overskred 1 DDD/dag. Vedkommende brukte 20 mg diazepam (720 DDD/år).

49 % av brukerne var gift/samboere, 25 % enke(menn), 51 % av dem var uførepensjonister. 89 % av de 76 hadde en eller flere kroniske somatiske sykdommer.

Av 76 utsendte brev med spørreskjema ble 63 (83 %) besvart. Av de 13 som ikke fylte ut svarskjemaene, oppgav åtte at problemstillingen ikke lenger var aktuell, siden de alt hadde avsluttet bruk av benzodiazepiner, mens de resterende fem å delta i prosjektet, i hovedsak på grunn av svekket helse.

På spørsmålet om hva som var den opprinnelige grunnen til at de første gangen fikk behandling med den aktuelle medisinen, svarte 40 % angstproblemer og 23 % søvnvansker. Andre oppgitte grunner var depresjon (10 %), somatisk sykdom (10 %), stress (10 %), mens de resterende 8 % fordelte seg jevnt på kroniske smerter, ensomhet, sorg og alkoholproblemer.

I tillegg svarte 78 % av alle tilfellene oppgav pasientene at behandlingen opprinnelig hadde vært instituert i allmennpraksis (hos prosjektleder 45 % av tilfellene, hos annen allmennpraktiker i 33 %) og av lege i annenlinjetjenesten i de resterende 22 % (psykiater 3 %, 19 %). Nær halvparten (46 %) svarte bekreftende på at lege tidligere hadde foreslått at pasienten burde forsøke å avslutte benzodiazepiner.

Spørreskjemaundersøkelsen viste at 78 % av pasientene brukte alkohol sjeldnere enn en gang per måned (35 % oppgav at de totalt avholdende), 47 % var ikke-røykere og to av tre oppgav et kaffeforbruk på mellom to og fem kopper per døgn. Bare 19 % krysset av på at de var tilfreds med egen helse, 44 % var passelig fornøyd, mens 26 % var direkte misfornøyd. 42 % av benzodiazepinbrukerne hadde førerkort.

Alle de 63 pasientene som hadde fylt ut spørreskjemaet, møtte til den utvidede benzodiazepinkonsultasjonen. Konsultasjonens utgangspunkt i den enkeltes besvarelse på innsendt spørreskjema, og informasjonen ble tilpasset individuelt. Eksempel på skreddersydd informasjon som her ble gitt til enkeltpasienter er vist i tabell 2 (11 – 14).

Tabell 2

Utvidet konsultasjon med pasienter som bruker benzodiazepiner. Eksempel på aktuell informasjon og argumentasjon for at de bør slutte eller seponere. Tall i parentes viser til referansenummer i litteraturlisten

Alle benzodiazepinbrukere fikk informasjon om
– Benzodiazepinenes negative virkning på hukommelse og tenkeevne (11)
– Angst og kroppslige reaksjoner på angst (hyperventilasjonssyndrom)
– "Hvordan takle angst", selvhjelpshefte, norsk oversettelse fra (9)
Eldre benzodiazepinbrukere fikk informasjon om
– Benzodiazepinenes svekking av muskelkontroll og at fast bruk kan gi økt risiko for fall og f.eks. hoftebrudd (8)
Benzodiazepinbrukere som er bilførere fikk informasjon om
– Ikke å kjøre bil de første fire-fem timene etter inntak av diazepam eller etter inntak av sovemedisin (12)
Epileptikere fikk informasjon om at
– Fast bruk av benzodiazepiner medfører toleranseutvikling; ved anfall vil derfor diazepam kunne ha svekket antiepileptisk effekt (13)
Pasienter med kroniske smerter fikk informasjon om at
– Samtidig bruk av benzodiazepiner og opiatanalgetika kan svekke effekten av sistnevnte og gi dårligere smertelindring (14)
Agorafobi
– Langvarig bruk av benzodiazepiner kan skape agorafobi, selv om man ikke har hatt slike plager tidligere (7)

Selvhjelpsheftet *Hvordan takle angst* ble godt mottatt av mange pasienter. Noen gav i ettertid uttrykk for at de trolig kunne ha seg uten tabletter ved hjelp av den innsikten heftet gav dem.

I gruppen med sporadisk bruk av et benzodiazepinanxiolytikum, hadde mange et svært beskjedent forbruk, f.eks. 20 tabletter diazepam årlig som hjelp mot en krigsseilers mareritt. Pasienter med kun sporadisk bruk ble ikke fulgt opp videre i regi av utvidet denne ene konsultasjonen. Det samme gjaldt dem som kun brukte et benzodiazepinhypnotikum fast (N = 6). De fleste imidlertid alle, så nær som en, byttet ut nitrazepam eller flunitrazepam med zopiklon.

Av de øvrige 21 pasientene som basert på journalgranskingen var rubrisert som faste brukere av et benzodiazepinanxiolytikum med tillegg av et benzodiazepinhypnotikum, viste det seg at tre hadde avsluttet bruken på egen hånd mens en fjerde hadde seponert det aktuelle medikamentet under en nylig innleggelse i sykehus. To av disse fire ble fulgt opp av henholdsvis psykiater og personale ved aldershjem, mens de to andre ble fulgt opp av prosjektleder.

Av praktiske grunner ble intervensjonen videre begrenset til bare å omfatte de 17 pasientene som fortsatt var faste brukere av benzodiazepinanxiolytika. Data for de 17 pasientene er vist i tabell 3, og pasientnummer i den videre fremstillingen refererer til denne tabellen. Denne pasientgruppen hadde svært komplekse helseproblemer, og oppfølgingen ble derfor mer tidkrevende enn forutsatt.

Til sammen 14 av de 17 pasientene hadde tidligere hatt kontakt med psykiatritjenesten (alle unntatt pasient 6, 7 og 17) og hadde de vært medikamentelt behandlet med enten nevroleptika eller antidepressiver. I løpet av prosjektperioden ble pasientene vurdert med tanke på mulig depresjon eller panikkangst, og det ble gjort forsøk på antidepressiv legemiddelbehandling (pasient 2 – 7, 13, 16 og 17) av de 17 pasientene. Ved prosjektslutt var denne behandlingen seponert hos fem pga. bivirkninger og/eller mangelfull effekt, tre pasienter fikk fortsatt en selektiv serotoninreopptakshemmer, men bare hos en av dem (pasi-ent 16) har prosjektleder observert klinisk sikker effekt av dette. For pasient 16 ble det igangsatt behandling med litium pga. de-pressive symptomer, hun fikk denne behandlingen fortsatt ved prosjektslutt – med god klinisk effekt vurdert av prosjektleder. Haloperidol i-klarte å virke godt mot hallusinasjoner og psykotiske vrangforestillinger hos pasient 17.

I løpet av prosjektperioden ble fem av de 17 pasientene henvist til psykiatritjenesten (pasient 2 – 4, 9 og 13). En av dem ble vurdert av psykiater å ha en invalidiserende angst hvor diazepam kunne være virksam vedlikeholdsbehandling. Han økte døgndosen fra 10 mg til 20 mg diazepam, som var doseringen ved prosjektslutt. En annen (pasient 3) som ble henvist til psykiatritjenesten, viste seg å være blandingsmisbruker (diazepam og alkohol). Da det ble klart at vedkommende også o-nske å stoppe med benzodiazepiner illegalt, medførte dette at forskrivningen fra prosjektleder ble avsluttet med umiddelbar virkning. Diazepam ble også tatt fra en pasient som kjørte bil i sterk medikamentrus (pasient 7). Vedkommende fikk, etter eget ønske, oppfølging i form av støttetterapi på psykiatrisk dagsenter. To pasienter (pasient 9 og 13) fikk oppfølging på dagsenteret for å bryte sosial isolasjon og større tapsopplevelser.

Henvisning til psykomotorisk vurdering og eventuell behandling ble vurdert som uaktuelt for tre av de 17 pasientene pga. (rullestolpasient) eller psykiske (psykisk utviklingshemning) årsaker. 14 pasienter ble tilbudt psykomotorisk vurdering, takket ja til time hos fysioterapeuten, åtte møtte til avtale, men ved fremmøtet var tre av dem ikke motivert for behandling. 11 pasienter (pasient 2, 4, 7, 8, 14) ble vurdert av psykomotorisk fysioterapeut som fant at bare to pasienter (pasient 1 og 11) hadde behov for psykomotorisk fysioterapi, en tredje (pasient 14) fikk tradisjonell fysikalsk behandling, mens de to siste (pasient 2 og 14) ble instruert i egentrening.

En av pasientene (pasient 14) døde i løpet av prosjektperioden. I tillegg til ti andre ulike legemidler brukte hun fast 5 mg og 1 mg flunitrazepam daglig. Et seponeringsforsøk av flunitrazepam førte ikke frem, og behandlingen var rekonstituert o-nske å fortsette i noen dager før hun døde pga. et akutt hjerteinfarkt.

Av de 16 faste benzodiazepinbrukerne som således gjennomførte prosjektet, fikk sju seponert denne medikasjonen i løpet av prosjektperioden, fem reduserte sitt forbruk, tre fortsatte med uendret dose (hvorav en skiftet fra oxazepam til alprazolam). En pasient fikk fordoblet sin døgndose etter anbefaling fra psykiater (tab 3). De som fortsatt bruker benzodiazepiner etter prosjektet har fast avtale om dette og får sine resepter utskrevet ved legekonsultasjon på kontoret eller per telefon.

Tabell 3

Oppfølging av 17 faste brukere av et benzodiazepin anxiolytikum. For hver enkelt pasient er vist alder (år) og kjønn, kronisk sykdom ved prosjektets start, varighet (år) av benzodiazepinbruk, ev. tilleggsbruk av hypnotikum, antall konsultasjoner (å 45 minutter) under oppfølging og behandling med andre psykofarmaka, henvisning til psykiatritjenesten, fysioterapi, og om de fikk endret medikasjon i løpet av prosjektet.

Før intervensjonen				Intervensjon				Etter intervensjon	
Pasient	Alder (år), kjønn	Kroniske sykdommer	Benzodiazepin (DDD/år)	Varighet (år)	Konsultasjoner	Andre psykofarmaka	Psykiatritjeneste	Fysioterapi	Alternative farmaka
1	31 M	Astma, keratitt	Diazepam (365) Flunitrazepam (730)	10	12	–	–	Psykomotorisk behandling	–
2	37 M	–	Oxazepam (365)	16	16	SSRI ¹	Innleggelse	Egentrening	–
3	49 M	Psykisk utviklingshemning, alkoholmisbruk	Oxazepam (365)	15	10	SSRI, TCA ²	Dagsenter	–	TCA
4	49 M	Koronar hjertesykdom, ryggskade	Diazepam (365)	27	8	SSRI	Poliklinikk	–	–
5	56 M	Koronar hjertesykdom, arytmi, alkoholproblem	Oxazepam (365)	18	12	SSRI	–	–	–
6	61 M	Lumbago, tidligere alkoholproblem	Oxazepam (365)	14	7	SSRI	–	–	–
7	67 M	Cancer maxillaris, hypertensjon	Diazepam (730)	20	12	SSRI	Psykiatrisk sykepleier	Egentrening	TCA
8	38 K	Epilepsi, alkoholproblem	Diazepam (365)	14	4	–	–	–	–
9	45 K	Psykisk utviklingshemning, revmatoid artritt	Diazepam (365)	4	3	–	Dagsenter	–	–
10	45 K	–	Oxazepam (200)	6	5	–	–	–	–
11	46 K	Cancer mammae, hypothyreose	Diazepam (365)	10	13	–	–	Psykomotorisk behandling	–

12	71 K	Cancer mammae, koronar hjertesykdom	Oxazepam (365)	30	10	–	–	–	–
13	72 K	Hjertearytmi	Diazepam (365)	4	2	SSRI	Dagsenter	–	SSRI
14	73 K	Koronar hjertesykdom, koksartrose	Diazepam (365) Flunitrazepam (365)	19	5	–	–	Vanlig fysioterapi	–
15	77 K	Poliosekevele, astma	Oxazepam (365) Nitrazepam (80)	9	7	–	–	–	Zopiklon
16	81 K	Residiverende subileus, astma, hofteleksjon, psoriasis	Diazepam (365) Flunitrazepam (365)	16	6	Litium	–	–	Litium
17	85 K	Aldersdemens, depresjon, psykose	Oxazepam (365)	9	1	SSRI Haloperidol	–	–	Haloperidol
¹ Selektiv serotoninreopptakshemmer ² Trisyklisk antidepressiv ³ Pasienten døde i løpet av prosjektet pga. akutt hjerteinfarkt									

De sju pasientene som seponerte, har meldt tilbake til prosjektleder om redusert angst og økt velvære eller at de ikke ha noen vesentlige forskjeller.

Diskusjon

I dette prosjektet var hovedvekten lagt på intervensjon overfor pasienter som ifølge faglige retningslinjer ”egentlig ikke benzodiazepiner”, nemlig de som bruker benzodiazepiner fast i langt mer enn tre til fire måneder (1). Oppfølgingen av pasientene ble både omfattende, komplisert og tidkrevende. Hver enkelt ble gjenstand for en mer sammensatt intervensjon som har vært vanlig i ulike seponeringsstudier (15). Dette kan forklare at så vidt mange som tre firedeler av dem avsluttet reduserte sin benzodiazepinbruk.

Vi har ikke kjennskap til at det i faglitteraturen er etablert allmenne og eksakte definisjoner av sporadisk og fast bruk av benzodiazepiner. Sporadisk bruk er bare definert som ”ikke daglig” (1). Benzodiazepinforskrivningen i denne allmennpraksis utgangspunktet kjennetegnet av at de fleste brukerne kun hadde et sporadisk forbruk (< 200 DDD/år), mens de som var brukere fikk døgndoser tilsvarende 1 DDD. De faste brukerne som ble fulgt opp i dette prosjektet, hadde brukt medisinen 30 år, men ingen hadde fått utskrevet supratherapeutiske mengder (misbruksdoser). De kan derfor ikke karakteriseres som pillemisbrukere, selv om det hos enkelte forekom episoder med bruk av benzodiazepiner sammen med alkohol. Erfaringen med prosjektet har derfor begrenset relevans i forhold til nedtrapping og seponering hos medikamentmisbrukere.

Spørreundersøkelsen viste at brukerne som gruppe hadde moderate og gjennomsnittlige livsvaner med henblikk på bruk av tobakk og alkohol. Slike egenangivelser på spørreskjema kan imidlertid være usikre pga. mulig underrapportering.

Primæridikasjonene for at pasientene første gang fikk igangsatt behandling, var i det store og hele etter godkjente indikationer for bruk over mange år strider imidlertid mot det som primært anbefales (1, 16).

At de fleste av brukerne bare var passelig fornøyd eller misfornøyd med egen helse, og at forholdsvis mange av dem hadde sykdommer, sannsynliggjør at mange av dem hadde en relativt dårlig livskvalitet. Mye av drivkraften bak dette prosjektet var nettopp et ønske om å bidra til å høyne livskvaliteten hos de faste benzodiazepinbrukerne ved å hjelpe dem til å frigjøre seg fra midlet. Eksempel på helsegevinster som kan vinnes ved å seponere er gitt av blant annet Ashton (7), som rapporterte at pasienter som hadde utviklet agorafobi etter over åtte års bruk, ble friske etter seponering. Utsikter til at benzodiazepinbrukerne skulle kunne hjelpe enkelte til for eksempel å bli kvitt angst for å gå ut eller føle seg mer våken og opplagt, gjorde at de fleste brukerne stilte seg positive til å diskutere alternative løsninger. Mange var likevel svært skeptiske til det å greie seg uten benzodiazepiner. De aller fleste hadde nemlig tidligere prøvd diverse andre psykotrope medikamenter, og de hadde også vært innom psykolog. Pasientgruppen hadde gjennomgående så omfattende psykiske og fysiske helseproblemer at de uansett hadde behov for omfattende oppfølging enn en benzodiazepinresept i luken hver måned.

En del pasienter kan ha opplevd at presset til å seponere var så kraftig i dette prosjektet at de kan ha følt seg i en tvangssituasjon. Dette ble ikke studert systematisk, men den relativt store andelen som ikke ønsket eller som ikke møtte opp til psykiologisk vurdering, tyder på en viss motvilje i forhold til prosjektet. Ingen av pasientene har imidlertid skiftet lege i løpet av prosjektet, noe som tyder på at prosjektleder opplever ikke at intervensjonen har vanskeliggjort lege-pasient-relasjonen i forhold til noen av dem.

Det er et tankekors at ”kontraindisert” langtidsbehandling med benzodiazepiner tilsynelatende kan se ut til å ha holdt i seg i en omfattende helseproblemer at alternativ behandling både krevde en stor innsats med andre legemidler (f.eks. antidepressiva) og utstrakt bruk av andre helseressurser. Et gjennomsnitt på 7,8 konsultasjoner à 45 minutter per pasient i løpet av prosjektet på 17 måneder er også relativt mye tid avsatt til en enkelt pasient i allmennpraksis. Dette ble imidlertid ikke opplevd som uavhengig av om det aktuelle medikamentet ble seponert eller ikke, oppfattet prosjektleder det slik at de fleste av pasientene fikk medisinsk nytte av og satte pris på at deres omfattende helseproblemer ble inngående vurdert og behandlet. Det ligger i seg selv utenfor rammene av dette prosjektet å holde de ulike alternative behandlingsformer opp mot eventuelt fortsatt langtidsbehandling med benzodiazepinpreparat.

Vel halvparten av de faste benzodiazepinbrukerne oppgav at deres lege aldri hadde foreslått forsøk på seponering. Dette sammenheng med at forskrivningene i så stor grad fornyes ved indirekte lege-pasient-kontakt (6).

Bare to faste benzodiazepinbrukere fikk psykomotorisk fysioterapi som støttebehandling under nedtrappingen (ingen av seponerte behandlingen helt). Vi fikk derfor få erfaringer i dette prosjektet om psykomotorisk fysioterapi kan være et hjelpemiddel til å takle eventuelle fysiske og psykiske abstinensproblemer under nedtrapping og seponering. Det er derfor kontrollerte studier der man kan undersøke nytten av denne tilnærmingen nærmere.

Siden benzodiazepiner kan gi svekking av kognitive funksjoner og dermed problemer med ny læring (11), kan man tenke mulighetene for å lære f.eks. mestring av angst er svekket ved samtidig medikamentbruk. Terapeutiske metoder som kognitiv og eksponeringsbehandling bygger på at pasientene skal lære noe nytt. Det kan derfor bli vanskeligere å få fullt utbytte av behandling når man samtidig blir behandlet med benzodiazepiner. Selvhjelpsheftet *Hvordan takle angst* er eksempel på pedagogisk opplegg der man kan lære seg nye mestringsteknikker. Metoden er ikke validert i norsk allmennpraksis, men i Storbritannia er det dokumentert at selvhjelpsheftet kan være et virksomt ikke-farmakologisk hjelpemiddel til å redusere benzodiazepiner mot angstlidelser (9). De positive enkelterfaringene med vår oversettelse av det britiske heftet, gjør at vi tror det som så lovende at nytten av dette etter vår mening bør undersøkes systematisk i norsk allmennpraksis.

Konklusjon

Dersom allmennpraktikeren "tager hvad han haver" av ulike hjelpemidler og bruker det målrettet, indikerer erfaringene i dette prosjektet at det faktisk er mulig å rette opp eventuelle misforhold mellom egen benzodiazepinforskrivning og det man ønsker å oppnå, faglig mer ønskelig.

Vi takker Legeforeningens kvalitetssikringsfond I for økonomisk støtte til planlegging og gjennomføring av prosjektet og psykomotorisk fysioterapi Joseph Odijk for hjelp til pasientbehandling og kommentarer til manuskriptet.

LITTERATUR

1. Komitéen for medisinsk teknologivurdering. Bruk av benzodiazepiner. Konsensuskonferanse. Rapport nr. 10. Oslo: forskningsråd, 1996.
2. Shader RI, Greenblatt DJ. Use of benzodiazepines in anxiety disorders. N Engl J Med 1993; 328: 1398 – 405.
3. Moulund G. Bivirkninger ved langtidsbruk av benzodiazepiner – et større problem enn vi regner med? Arendal: Fylkeskommune Aust-Agder, 1994.
4. Dybwad TB, Kjølørud L, Eskerud J, Lærum E. Why are some doctors high-prescribers of benzodiazepines and miniprescribers? A qualitative study of GPs in Norway. Fam Pract 1997; 14: 361 – 8.
5. Bradley CP. Uncomfortable prescribing decisions: a critical incident study. BMJ 1992; 304: 294 – 6.
6. Straand J, Rokstad K. General practitioners' prescribing patterns of benzodiazepine hypnotics: are elderly patients at risk for overprescribing? Scand J Prim Health Care 1997; 15: 16 – 21.
7. Ashton H. Benzodiazepine withdrawal: an unfinished story. BMJ 1984; 288: 1135 – 40.
8. Cummings SR, Nevitt MC, Browner WS, Stone K, Fox KM, Ensrud KE et al. Risk factors for hip fracture in white women. N Engl J Med 1995; 332: 767 – 73.
9. Donnan P, Hutchinson A, Paxton R, Grant B, Firth M. Self-help materials for anxiety: a randomized controlled trial in general practice. Br J Gen Pract 1990; 40: 498 – 501.
10. Klingenberg M. Psykomotorisk fysioterapi – et alternativ når ingenting hjelper. Omsorg 1995; 12: 29 – 34.
11. Golombok S, Moodley P, Lader M. Cognitive impairment in long-term benzodiazepine users. Psychol Med 1988; 18: 1349–5.
12. Brekke M. Benzodiazepiner kan påvirke kjøreferdighetene minst like sterkt som alkohol. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 3495.
13. Frey HH. Tolerance to antiepileptic drug effects. Experimental evidence and clinical significance. Pol J Pharmacol 1987; 39: 495 – 504.
14. Rosland JH. Benzodiazepiner og smerte. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 3428.
15. Rosser WW. Anxiety over benzodiazepines. Can Fam Physician 1995; 41: 760 – 5.
16. Gadeholt G, Frislid P, Robak OH, Waal H, Jøldal B. Veileder i forskrivning av vanedannende legemidler. Helsedirektoratet. Veiledningsserie 1990, nr. 2. Oslo: Statens helsetilsyn, 1990.

Publisert: 30. oktober 2000. Tidsskr Nor Lægeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. februar 2026.