

Fastlegers forskrivning av B-preparater

Sammendrag

Bakgrunn. Rogaland A-senter gjennomførte våren 2008 en undersøkelse rettet mot alle fastleger i Rogaland. Formålet med undersøkelsen var å se på fastlegenes erfaring med forskrivning og seponering av B-preparater samt i hvilken grad fastlegene opplevde behov for ekstern hjelp i forbindelse med seponering.

Materiale og metode. Et spørreskjema som skulle besvares anonymt, ble sendt ut til samtlige fastleger i Rogaland.

Resultater. 134 fastleger (44 %) besvarte spørreskjemaet. Samtlige fastleger som deltok i undersøkelsen hadde pasienter som fikk fornyet resept på B-preparater i en slik mengde at det var grunn til å anta at de brukte det hver dag. 126 av deltakerne (94 %) hadde pasienter der de var i tvil om nytteverdien av behandlingen. 132 av deltakerne (99 %) oppga at de hadde forsøkt å seponere bruk av B-preparater hos pasienter, først og fremst gjennom nedtrapping, men der motivasjonen i mange tilfeller ikke var til stede. 70 % mente at det er behov for ekstern hjelp for å lykkes med seponering. For pasientens del kunne det være poliklinisk behandlingstilbud og avrusning og for egen del kurs, veiledning eller hjelp inn i selve konsultasjonen.

Fortolkning. Resultatene tyder på at det er behov for et bedre samarbeid mellom primærhelsetjenesten og spesialisthelsetjenesten for pasienter som bruker B-preparater.

dag av anxiolytika, hypnotika og sedativer (1). Sammen med noen typer analgetika utgjør disse legemidlene det som omtales som B-preparater.

På en konsensuskonferanse i Norge i 1996 ble det slått fast at bruk av B-preparater utover 3–4 måneder er uheldig (2). Begrunnelsen er at den terapeutiske medikamenteffekten utover denne perioden ikke er dokumentert, og faren for toleranseutvikling og avhengighet øker med behandlingens lengde. Helsedirektoratet anbefaler i dag at behandling med B-preparater vanligvis ikke skal pågå i mer enn 2–4 uker på grunn av risikoen for å utvikle avhengighet (3). Eldre brukere får ofte flere bivirkninger ved bruk av B-preparater enn det yngre brukere får (4). En fare ved langvarig bruk av medikamentene kan være at pasienten ikke får adekvat behandling for det grunnleggende problemet.

Størstedelen av medikamentforskrivningen skjer gjennom fastleger. Forskrivningspraksis og skjønnsmessig vurdering varierer fra lege til lege. Bjørner & Lærum (5) og Bjørner (6) beskriver hvordan fastleger opplever press fra pasienter til å skrive ut medikamenter, og at forskrivning av B-preparater kan oppleves ukomfortabelt. En undersøkelse blant fastleger i Belgia viste at mange leger vurderte forskrivningen av preparatene som «the lesser evil» (7). Samtidig rapporteres det i flere undersøkelser at pasienter som har brukt B-preparater over lengre tid, har klare gevinster av å ha sluttet: bedre selvfølelse, opplevelse av mestring og bedre forhold til menneskene rundt seg (8, 9).

Rogaland A-senter har gjennom en årrekke behandlet pasienter med rusproblemer gjennom avrusning, døgntilrettelagt og poliklinisk praksis. Det er i tillegg et regionalt kompetansesenter for rusmiddelrelaterte problemer og er en ressurs både for primær- og spesialisthelsetjenesten i fylket.

Våren 2008 gjennomførte Rogaland A-senter en undersøkelse rettet mot alle fastleger i Rogaland. Formålet var å undersøke fastlegers erfaring med forskrivning og seponering av B-preparater og behovet for ekstern hjelp i forbindelse med seponering.

Materiale og metode

Et spørreskjema med ti spørsmål ble sendt til samtlige fastleger i Rogaland (N = 308). Spørsmålene fremkommer i tabell 1. Av ressursmessige grunner ble det ikke sendt ut påminnelse om å svare.

For å sikre anonymiteten og for å oppnå en høyest mulig svarprosent ble det i spørre-

skjemaet ikke spurt om bakgrunnsvariabler som kommune/bydel, alder, kjønn osv.

Det ble gjennomført frekvensanalyse av spørsmålene i spørreskjemaet. Videre ble det utført en tabellanalyse med khikvadrat-test for å studere assosiasjonen mellom hvor mange pasienter som antas å bruke B-preparater daglig og vurdering av nytteverdien av denne behandlingen.

Resultater

44 % (N = 134) av fastlegene i Rogaland svarte på spørreskjemaet.

Tabell 1 viser at samtlige fastleger som deltok i undersøkelsen svarte bekreftende på spørsmålet om de har pasienter som antas å bruke B-preparater daglig. Det var samtidig en betydelig variasjon i forhold til hvor mange pasienter fastlegene oppga at det gjaldt. Det vanligste svaret var 1–3 pasienter per uke (46 %).

For de alle fleste legene dreide denne type forskrivning seg både om smertestillende og beroligende (tab 1). De preparatene som flest leger oppga å skrive ut, var av analgetika: Paralgin forte (el. synonyme preparater), og av anxiolytika: Imovane (el. synonyme preparater) og Sobril (el. synonyme preparater).

Nytteverdi av behandling

94 % av fastlegene svarte bekreftende på at de hadde vært i tvil om pasienters nytteverdi av behandlingen med B-preparater (tab 1). Legene ble videre bedt om å angi hvor stor andel av pasientene dette gjaldt. Halvparten av fastlegene var i tvil om nytteverdien i behandling for «en del» av pasientene de behandlet med B-preparater. For en mindre andel fastleger gjaldt dette «de fleste» av pasientene de behandlet med B-preparater.

Det ble undersøkt om det er en sammenheng mellom antall pasienter fastlegene har som antas å bruke B-preparater daglig og le-

Hovedbudskap

- Fastlegene vurderer at behandling med daglig bruk av B-preparater hos en del pasienter har begrenset nytteverdi
- Nesten alle fastlegene i undersøkelsen har forsøkt å seponere bruk av B-preparater hos pasienter
- Et stort flertall av fastlegene uttrykker behov for ekstern hjelp i seponeringsarbeidet

Terje Vevatne

terje.vevatne@ras.rl.no

Anne Schanche Selbekk

Rasmus Sand

Forsknings- og utviklingsavdelingen

Rogaland A-senter

Postboks 5001 Dusavik

4084 Stavanger

Ifølge statistikk fra Nordisk Medicinalstatistisk Komité ble det i Norge i 2008 solgt 65,7 døgndoser (DDD) per 1 000 innbyggere per

Tabell 1 Spørreskjema til fastleger i Rogaland om bruk av B-preparater hos pasienter. Svar i prosenter og absolutte tall

Totalt antall fastleger		N = 134 (%)					
1.	a) Har du pasienter som får fornyet resept på B-preparater i en slik mengde at det er grunn til å anta at de bruker det hver dag?	Ja Nei	134 (100) 0 (0)				
	b) Hvis ja, hvor mange pasienter gjelder dette i gjennomsnitt?	1–3 per måned	25 (19)				
		1–3 per uke	62 (46)				
		4–10 per uke	36 (27)				
		Mer enn 10 per uke	7 (5)				
		Ikke svart	4 (3)				
2.	a) Hvis ja, er det analgetika?	Ja Nei Ikke svart	125 (93) 8 (6) 1 (1)				
	b) Hvis ja, hvilken type analgetika? (kryss ev. av på flere)	Paralgin forte (el. syn prep)	120 (90)				
		Pinex forte (el. syn prep)	64 (48)				
		Nobligan (el. syn prep)	36 (27)				
		Somadril (el. syn prep)	14 (10)				
	3.	a) Hvis ja, er det anxiolytika?	Ja Nei	128 (96) 6 (5)			
b) Hvis ja, hvilken type anxiolytika? (kryss ev. av på flere)		Vival (el. syn prep)	47 (35)				
		Stesolid (el. syn prep)	44 (33)				
		Valium (el. syn prep)	56 (42)				
		Sobril (el. syn prep)	101 (75)				
		Imovane (el. syn prep)	104 (78)				
		Zopiclon (el. syn prep)	69 (52)				
4.		Har du hos noen av disse pasientene vært i tvil om nytteverdien av denne behandlingen?	Ja Nei	126 (94) 8 (6)			
	5.		Hvis ja, hvor mange pasienter gjelder dette?	Noen få En del De fleste Alle Ikke svart	42 (31) 67 (50) 16 (12) 1 (1) 8 (6)		
6.		Er det noen av de pasientene som bruker disse medikamentene, som selv oppgir at de er motiverte for seponering av medisinene?		Ja Nei	42 (31) 92 (69)		
				7.	Har du som lege forsøkt å bidra til seponering av medisinene?	Ja Nei Ikke svart	132 (99) 1 (1) 1 (1)
8.		Hvis ja, på hvilken måte? (eks: brå seponering, nedtrapping e.a. Gjør rede for det i stikkordsform)				Se tabell 2	
9.		Er det eventuelt behov for ekstern hjelp for å lykkes med dette?				Ja Nei Ikke svart	94 (70) 33 (25) 7 (5)
	10.		Hvis ja, hvilke hjelp vil det være behov for? (kryss ev. av på flere alternativer)	For pasient			
				Poliklinisk behandling – individuelt	87 (65)		
Poliklinisk behandling – gruppe		56 (42)					
Å legges inn på avrusning		45 (34)					
For lege							
Veiledning		52 (39)					
Kursvirksomhet		64 (48)					
Hjelp inn i konsultasjonen	18 (13)						

genes vurdering av nytteverdien. Tabellanalysen viste at de fastlegene som hadde opptil 1–3 pasienter i uken som brukte B-preparater daglig i mindre grad var i tvil om nytteverdien i behandling for sine pasienter sammenliknet med de legene som hadde flere pasienter som brukte B-preparater daglig (khikvadrattest, $p = 0,028$).

Seponering

Tabell 1 viser at nesten alle fastlegene i undersøkelsen (99 %) har forsøkt å seponere bruken av B-preparater hos sine pasienter. Fastlegene ble videre bedt om å oppgi stikkordsmessig i et åpent svarfelt hvilke metoder for seponering som de hadde benyttet. Svarene ble kodet i etterkant og er fremstilt i tabell 2. Nedtrapping er den metoden som flest fastleger oppgir å ha benyttet. De hadde også gjennomført motiverende samtaler/informasjonsamtaler med sine pasienter eller erstattet B-preparatene med andre medikamenter. En liten andel fastleger oppga å ha gjennomført brå seponering.

Behov for hjelp til seponering

Selv om så godt som alle legene hadde forsøkt å seponere B-preparatene på ulike måter, svarte bare 31 % at pasientene selv sa de var motivert for seponering (tab 1).

Legene fikk spørsmål om det var behov for ekstern hjelp for å lykkes med seponering, og 70 % av fastlegene svarte bekræftende på dette (tab 1). Hvilken type hjelp fastlegene vurderte som ønskelig varierte. For pasienten var individuelle polikliniske behandlingstilbud det flest fastleger uttrykte at det var behov for. For sin egen del var kursing og veiledning det mest fremtredende.

Diskusjon

En svarprosent på 44 er ikke stor nok til å trekke generelle slutninger om alle fastleger i Rogaland, men gir likevel informasjon fra et betydelig antall fastleger i regionen. Hvor representative respondentene i undersøkelsen er, er vanskelig å si noe om. Vi kan ikke vurdere deltakerne geografisk, kjønnsmessig eller aldersmessig fordi vi ikke har bakgrunnsdata på den enkelte lege.

Et interessant spørsmål er hvordan leger med ulik praksis i forhold til forskrivning av B-preparater, «lavforskrivere» og «høyforskrivere», er representert i undersøkelsen. Undersøkelsen viser at de ulike fastlegepraksisene hadde varierende antall pasienter som man antok brukte B-preparater daglig (tab 1). Vi vet videre fra Bjørner & Lærums studier at leger som i høy grad skriver ut B-preparater, i stor grad opplever forskrivning som vanskelig (5). Leger som i liten grad skriver ut B-preparater, rapporterer at de har diskutert seponering eller nedtrapping med sine pasienter. I vårt materiale svarer et stort flertall av legene at de er i tvil om nytteverdien av behandling, samtidig svarer mange av legene at de har forsøkt å seponere bruken av preparatene (tab 1).

Det er en svakhet med undersøkelsen at man ikke kan gi eksakte tall på hvor mange pasienter den enkelte lege har som antas å bruke B-preparater daglig. Data er heller ikke koblet opp mot objektive mål på hvor mye B-preparater som i praksis er utskrevet fra det enkelte fastlege, selv om slike tall finnes i reseptregisteret. Formålet med undersøkelsen var først og fremst å få informasjon om fastlegenes erfaringer med bruk av B-preparater i behandling og behovet for eksternt hjelp.

Med de begrensningene som ligger i utvalget og utvalgss størrelsen samt de vide svarkategoriene, indikerer likevel resultatene fra undersøkelsen at det er et betydelig antall pasienter innenfor allmennhelsetjenesten i Rogaland med en bekymringsfull bruk av B-preparater. Undersøkelsen tyder på at mange fastleger slites mellom idealer og praksis; at de i flere tilfeller er i tvil om nytteverdien av medikamentbehandling, men at det likevel er vanskelig å seponere bruken. Fastlegene oppfatter pasientene som lite motiverte for å seponere medisinene. Dette samsvarer med tidligere forskning på fastlegers forskrivningspraksis (5, 6).

Videre tyder resultatene på at det er behov for samarbeid mellom primær- og spesialisthelsetjeneste. Et stort flertall av fastleger i undersøkelsen uttrykker behov for eksternt hjelp til sine pasienter i form av behandlingstilbud. Det er en svakhet med undersøkelsen at den ikke inneholder spørsmål om hvor mange leger som faktisk opplever at de får dekt disse behovene i dag. Likevel er det nærliggende å tro at svarene i undersøkelsen gir uttrykk for et reelt behov. 87 leger (65 %) oppgir behov for individuelt poliklinisk behandlingstilbud, mens bare ti leger (8 %) oppgir at de har henvist pasienter videre. Dette kan enten handle om at det ikke eksisterer egnede behandlingstilbud tilpasset målgruppen, eller at det er for dårlig kunnskap hos primærhelsetjenesten i forhold til hvilke tilbud som eksisterer. Det tyder uansett på at flere av disse pasientene har behov for ytterligere behandlingstilbud.

At et stort flertall av fastleger i undersøkelsen ønsker hjelp til håndtering av denne type problematikk for sin egen del, i form av veiledning eller kurs, er interessant. Det er også viktig at en gruppe leger kunne tenke seg hjelp inn i selve konsultasjonen. Dette innebærer en ny type tenkning i forhold til samarbeid mellom primærhelsetjeneste og spesialisthelsetjeneste.

I omtalen av dette temaet er det viktig å presisere at pasientene som bruker B-preparater er en høyst heterogen gruppe. Bisaga har laget en typologi over de pasientene som bruker B-preparater (10). Han skiller mellom de pasientene som primært har en psykisk lidelse og de som primært har en rusmisbrukslidelse, og deler igjen disse to gruppene inn i de som har utviklet et misbruk (sedative-hypnotic use disorder) og de som ikke har det. I Helsetilsynets veileder skilles det mellom avhengighet og rusmisbruk og

det presiseres hvor forskjellig behov gruppene har for oppfølging (4). Slik skilles det også mellom nedtrapping ved langvarig avhengighet (knyttet til utskrevet medikament) på den ene side og nedtrappingsopplegg/substitusjonsbehandling knyttet til misbruk på den annen side (misbruk av medikamenter gjerne kombinert med andre rusmidler). I forhold til videre oppfølging vil det også være av betydning hva den primære lidelsen består i. Det antas at misbruk av B-preparater er mer utbredt hos pasienter med en misbruksdiagnose enn hos pasienter med psykiatriske lidelser (11). Her kan også eksterne aktører innen rus og psykiatri på ulikt vis bidra i forhold til de ulike gruppene.

Tidsskrift for Den norske legeforening har publisert flere artikler med vurderinger av seponeringsforsøk i litt større skala (12, 13). Det viser seg at relativt små intervensjoner kan bidra til en økt grad av seponering av medikamentene. For eksempel kan man øke fokus på problemstillingen i legefellesskapet eller skrive brev til pasienter om mulighetene for og fordelene av å seponere bruken av medikamentene.

Samtidig viser forskningen at seponering av B-preparater kan utløse behov for mer omfattende helsehjelp, noe man må ta i betraktning når man går inn i seponeringsarbeid. Krogsæter & Strand gjennomførte et kvalitetssikringsprosjekt i sin allmennpraksis der de kartla forskrivningen av B-preparater og den påfølgende intervensjonen bestående av konsultasjoner med diagnostisk vurdering og tilpasset oppfølging av pasienter (9). Målet for intervensjonen var seponering og dosereduksjon. I allmennpraksisen hadde ca. 10 % av pasientene fått utskrevet B-preparater de siste tre årene; to tredeler sporadisk og resten fast. Nesten halvparten av alle pasientene som hadde fått utskrevet B-preparater de siste tre årene hadde brukt medikamentene i mer enn ti år. Resultatene fra intervensjonen var gode: Nesten halvparten seponerte medisinene, mens en snau tredel reduserte sitt forbruk. Prosjektet var imidlertid ressurskrevende, i form av oppfølging og utføring av annen behandling både med andre legemidler og med utstrakt bruk av andre helseressurser.

Utstrakt bruk av andre helseressurser krever samarbeid. En undersøkelse blant belgiske allmennpraktikere reflekterte en holdning der de i stor grad oppfattet seg selv som «individual players» i primærhelsetjenesten. Undersøkelsen synliggjorde barrierer mellom leger på den ene siden og psykologer og sosialarbeidere på den andre (7). Pasienter i primærhelsetjenesten ble i liten grad henvist videre til andre instanser. Dette kan ha forsterket forskrivningen av B-preparater som et virkemiddel for å hjelpe pasienten i en vanskelig livssituasjon. Om det eksisterer liknende holdninger innenfor helsetjenester i Rogaland, kan ikke vår undersøkelse gi svar på, men fastlegene uttrykte at de savner flere behandlingstilbud å henvise til.

Tabell 2 Antall fastleger som har oppgitt ulike forsøk på seponering. Svarene er kodet ut fra svarene fastlegene ga på spørsmål 8 i spørreskjemaet (tab 1). Respondentene hadde mulighet til å oppgi flere enn ett svar

Totalt antall fastleger	N = 134 (%)
Nedtrapping	113 (84)
Motiverende samtaler eller informasjonssamtaler med pasient	32 (24)
Erstatte B-preparater med andre medisiner, f.eks. antidepressiver	16 (12)
Henvisning videre	10 (8)
Brå seponering	8 (6)

I en dialog mellom primær- og spesialisthelsetjenesten kan behovene konkretiseres og de gode intervensjonene utvikles.

Oppgitte interessekonflikter: Forfatterne arbeider ved Rogaland A-senter som er et ikke-profit-selskap eid av Kirkens Bymisjon og drevet på oppdrag fra Helse Vest. Senteret kan tilby noen av de tjenester som etterspørres i artikkelen vederlagsfritt til fastleger.

Litteratur

1. Legemiddelforbruket i de nordiske land 2004–2008. København: Nordisk Medicinalstatistisk Komité, 2009. <http://nmesco-eng.nom-nos.dk/filer/publikationer/Medicines%20consumption%202004-2008%20web.pdf> [8.7.2010].
2. Bruk av benzodiazepiner. Konsensuskonferanse. Rapport nr. 10 fra Komiteen for medisinsk teknologivurdering. Oslo: Norges forskningsråd, 1996.
3. Helsedirektoratet. Benzodiazepiner og beslektede medikamenter. www.helsedirektoratet.no/rusmidler/fakta_om_narkotika/benzodiazepiner_og_beslektede_medikamenter_7874 [4.12.2008].
4. Vanedannende legemidler, forskrivning og ansvarlighet. IK-2755. Oslo: Helsetilsynet, 2001. www.helsetilsynet.no/upload/publikasjoner/andrepublikasjoner/vanedannende_legemidler_forskrivning_forsvarlighet_ik-2755.pdf [8.7.2010].
5. Bjørner T, Lærum E. Factors associated with high prescribing of benzodiazepines and minor opiates. A survey among general practitioners in Norway. Scand J Prim Health Care 2003; 21: 115–20.
6. Bjørner T. Benzodiazepine and minor opiate prescribing in primary health care. Oslo: Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo, 2003.
7. Anthierens S, Habraken H, Petrovic M et al. The lesser evil? Initiating a benzodiazepine prescription in general practice: a qualitative study on GPs' perspectives. Scand J Prim Health Care 2007; 25: 214–9. doi:10.1080/02813430701726335.
8. Torper J, Steine S. Seponering av B-preparater – hvordan opplever brukerne det? Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2342–4.
9. Krogsæter D, Strand J. Benzodiazepiner – kvalitetssikring av egen forskrivning i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3121–5.
10. Bisaga A. Galanter M, Kleber HD, red. Textbook of substance abuse treatment. Washington, DC: American Psychiatric Publishing, 2008: 215–37.
11. Sandvik P. Finnes det fornuftig bruk av benzodiazepiner? Utposten 2008; 37: 14–8.
12. Moulard G, Rutle O. Reduksjon av B-preparatforskrivning i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1889–92.
13. Trøseid M. Nedtrapping av B-preparater i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 482–3.

Manuskriptet ble mottatt 15.12. 2008 og godkjent 8.7. 2010. Medisinsk redaktør Trine B. Haugen.