

Nedtrapping av B-preparater i allmennpraksis

Etter en sammenlikning med nabokommunen fant vi ut at det ble skrevet ut omtrent dobbelt så mye B-preparater per innbygger i vår kommune.

Vi bestemte oss for å gjøre et nedtrappingsforsøk, uten at dette skulle være for ressurskrevende. Vi har gjort en retrospektiv analyse av resultatet ved å bruke tall fra datajournalen.

I løpet av et år reduserte vi forskrevet mengde med 33 %, mens tallene holdt seg uendret i nabokommunen. Sammenlikningen i seg selv kan ha bidratt til nedtrappingen.

Den viktigste faktoren var nok en enhetlig holdning og innsats blant kollegene ved legekantoret.

Ved Rennesøy legekantor i Ryfylke var det enighet blant legene om at vi jevnlig skrev ut B-preparater på usikker og mangelfull indikasjon. Daglig signerte vi resepter for pasienter vi til dels ikke kjente, men som hadde fått skrevet ut slike medikamenter i årevis. For å få et mer objektivt mål på forskrivningsmengden inviterte vi nabokommunen Finnøy til en sammenlikning. Finnøy og Rennesøy er begge øykommuner med nokså lik befolkningssammensetning, og med liten pasientlekkasje til andre legekantorer. Mens Finnøy mangler fastlandsforbindelse, har Rennesøy hatt tunnelforbindelse til Stavanger siden 1992. Folketallene var per 1. januar 2000 henholdsvis 2 865 (Finnøy) og 3 111 (Rennesøy). Begge kommuner har tre legestillinger.

Vi sammenliknet forskrivningen over en periode på to måneder og fant at det i Rennesøy ble skrevet ut omtrent dobbelt så mye B-preparater per innbygger som i nabokommunen. På bakgrunn av denne sammenlikningen ble vi enige om å forsøke å redusere utskrevet mengde B-preparater i vår kommune.

Materiale og metode

Nedtrappingen var opprinnelig planlagt som en praksisrevisjon for eget bruk, og det var et poeng at den ikke skulle være for ressurskrevende. Reduksjonen ble imidlertid såpass betydelig at vi har valgt å gjøre en retrospektiv analyse av resultatene. Tallmaterialet har vi funnet ved å gjøre søk i datajournalen med dataprogrammet WinMed Statistikk. Forskrivningene er omregnet til definerte døgn-doser per måned (DDD/md.). Nedtrappingsperioden strakte seg over et år, fra september 1999 til og med august 2000.

Marius Trøseid*

troseid@hotmail.com

Kommunelegekontoret i Rennesøy
4150 Rennesøy

*Nåværende adresse:

Nordland Sentralsykehus, medisinsk
avdeling
8092 Bodø

Trøseid M.

Reduced use of drugs with restrictions on prescription in general practice.

Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 482–3.

Background. General practitioners in our community found that the use of drugs with restrictions on prescription was twice that of a neighbouring community, and made an effort at cutting down on the prescription of such drugs.

Material and methods. A retrospective analysis of this reduction is presented.

Results. The reduction observed was 33 % over one year. The number of prescriptions in the neighbouring community remained unchanged.

Interpretation. The comparison with the neighbouring community was a good starting point for change. The most important contributing factor was probably the consistent approach of the doctors involved.

Da vi ikke hadde plukket ut og registrert enkeltpasienter i forkant av nedtrappingen, valgte vi å bruke Rennesøy kommune som studiepopulasjon. Vi la størst vekt på å få med oss pasienter som hadde brukt B-preparater daglig i mer enn tre måneder, og som ifølge faglige retningslinjer burde trappe ned eller slutte med slike medikamenter (1, 2). Vi hadde ingen klart definerte eksklusjonskriterier, men vi utelot noen pasienter med alvorlig psykiatrisk lidelse eller alvorlig somatisk sykdom. Vi var mindre pågående overfor eldre mennesker som hadde stått på en fast dose hypnotika i en årrekke enn overfor unge mennesker som ville ha stadig høyere doser av ulike B-preparater.

Det viktigste virkemidlet var kollegial enighet om å gjennomføre en nedtrapping. Vi minnet hverandre jevnlig på problemstillingen og tok det opp med aktuelle pasienter når det passet slik. Pasienter som hadde fått fornyet reseptene ved indirekte legekontakt i lengre tid, ble dessuten innkalt til samtale. I denne sammenheng deltok hjelpepersonellet aktivt ved å tipse legene om aktuelle kandidater.

I konsultasjonene la vi spesielt vekt på å informere om abstinens- og avhengighets-symptomer ved daglig bruk av benzodiazepiner. Listen over slike symptomer er lang og omfatter blant annet angst, søvnløshet, depresjon, hjerteklapp, skjelvinger, svette, muskelsmerter, hodepine og tretthet (3, 4). Mange av disse symptomene kan til forveksling være lik de plagene som opprinnelig førte til at behandlingen ble iverksatt. Til pasienter med angstlidelser opplyste vi om at benzodiazepiner ved langtidsbruk kan forverre angst hos enkelte (1).

Vi tilstrebet at pasientene selv skulle bestemme starttidspunkt og hastighet på nedtrappingen. Samtidig forsøkte vi å gi et alternativ til B-preparater tilpasset den enkelte pasient. Dette kunne dreie seg om kognitiv atferdsterapi for sosial angst, selektive serotoninreopptakshemmere og støttesamtaler ved depresjon, treningsterapi ved cervikal-hodepine og migrenemidler ved vaskulær hodepine. En pasient med sammensatt psykiatrisk lidelse ble henvist til psykiater for å få hjelp under nedtrappingen.

Etter et halvt års nedtrapping ble det betydelig oppmerksomhet rundt problemstillingen i lokalpressen, da kommunens edrskapsplan ble offentliggjort. I denne planen var nedtrapping av B-preparater et prioritert område, og sammenlikningen med nabokommunen ble gjort kjent. I den forbindelse brukte vi lokalavisen for å gi generell informasjon om vanedannende medikamenter. Også her la vi vekt på å forklare avhengighetssymptomer ved jevnlig bruk av benzodiazepiner.

Resultater

I løpet av nedtrappingsperioden ble forskrivningen for kommunen som helhet redusert fra 4 159 DDD/md. til 2 756 DDD/md., en nedgang på 33 % (tab 1).

Vi observerte størst prosentvis og absolutt nedgang for nitrazepam. Minst nedgang så vi for kodeinholdige analgetika. Det skjedde en viss overgang fra anxiolytika til hypnotika, og forbruket av zopiklon økte noe.

I nabokommunen var forskrivningen av B-preparater uendret i samme tidsrom. Vi har imidlertid ikke tilgang på eksakte tall oppgitt i DDD/md. for Finnøy kommune.

Diskusjon

Den nedgangen vi observerte, er omtrent på nivå med resultatene fra andre publiserte nedtrappingsforsøk (4–6).

Minst tre forhold har nok bidratt til nedgangen. For det første var det nyttig å sam-

Tabell 1 Forskrivning av B-preparater for kommunen som helhet angitt i definerte døgndoser per måned (DDD/md.) for halvårsperiodene mars 1999–august 1999 (periode 1), september 1999–februar 2000 (periode 2) og mars 2000–august 2000 (periode 3). Nedtrappingen foregikk i perioden september 1999 til august 2000

Forskrivning (DDD/md.)	Andre							
	Alle preparater	Flunitrazepam (Flunipam, Rohypnol)	Diazepam (Stesolid, Valium, Vival)	Oxazepam (Alopam, Serepax, Sobril)	Nitrazepam (Apodorm, Mogadon)	Kodeinholdige analgetika (Paralgin Forte, Pinex Forte med flere)	Zopiklon (Imovane, Zopiclone)	(Alprazolam, Baklofen, Karisopodrol, Midazolam, Zolpidem)
Periode								
1	4 159	827	755	750	475	423	227	702
2	3 227	696	551	720	318	346	263	333
3	2 756	561	531	493	127	355	312	377

menlikne seg med en nabokommune av tilsvarende størrelse og befolkningssammensetning. Kunnskap om egen forskrivningsprofil kan være et egnet virkemiddel til å redusere forskrivningen (7–9). For det andre var det viktig at alle legene ved kontoret fulgte samme linje. Vi startet intervensjonen etter en lengre periode med svært ustabil legedekning i kommunen. Korttidsvikarer avløste hverandre, og det var vanskelig å føre en enhetlig forskrivningspraksis. At et mindre antall leger står for en stor andel av forskrevet mengde B-preparater, er vel dokumentert (7). Det tredje poenget er effekten av informasjon i lokalpressen. Vi observerte en forbigående nedgang de første ukene etter presseopplagene, men om dette hadde noen effekt på nedtrappingen over tid, er mer tvilsomt. Man har ulik erfaring med hvorvidt påvirkning gjennom massemediene gir helsegevinst (4, 10), men vi fikk flere tilbakemeldinger fra pasienter om at det hadde vært nyttig med saklig informasjon i lokalavisen. At informasjon i seg selv kan føre til redusert forbruk er velkjent (11, 12).

Noe av nedgangen kan skyldes at pasienter skiftet til en annen lege for å få lettere tilgang på B-preparater. Undersøkelsen er retrospektiv, og vi har ikke kunnet undersøke om enkeltpasienter har benyttet andre legekontorer. Det er imidlertid kostbart og tidkrevende å oppsøke lege på naboøya eller fastlandet. Vi informerte kollegene i nabokommunene om problemstillingen og fikk tilbakemelding om en liten, men forbigående økning i forespørsler om B-preparater på legevakt. Disse forespørslene ble stort sett avvist. Vi registrerte dessuten en økning i det totale antall konsultasjoner ved vårt legekontor i nedtrappingsperioden, og dette kan tyde på at pasientlekkasjen ikke har vært stor. En konsekvent holdning blant vaktlegene og det faktum at pasientene selv kunne bestemme nedtrappingshastigheten har nok begrenset søkningen til andre legekontorer. Man kunne tenke seg at våre resultater skyldes en generell nedgang i B-preparatforbruket i fylket. Det forhold at B-preparatfor-

skrivningen holdt seg uendret i nabokommunen under nedtrappingsperioden, tyder på at dette ikke er tilfellet.

Hva kunne vi gjort annerledes? Legesekretærene og sykepleierne bidrog ved å gjøre legene oppmerksomme på aktuelle pasienter. Hjelpepersonellet kunne nok fått en mer aktiv rolle, spesielt når det gjelder skriftlig og muntlig informasjon til pasientene.

Kun én pasient ble henvist til psykiater i forbindelse med nedtrappingen. Nedtrappingen var tøff for enkelte, og vi burde nok henvist flere pasienter for å få en annenhandsvurdering både når det gjelder diagnose og behandlingsindikasjon.

Om det var hensiktsmessig med en såpass stor nedtrapping kan også diskuteres. Hva som er korrekt forskrivning av B-preparater i en praksis, vil nok i en klinisk hverdag basere seg mer på skjønn enn på kunnskapsbasert medisin (13).

I en registreringsundersøkelse av B-preparatforskrivning i Oslo og Akershus hadde referansegruppen en gjennomsnittlig forskrivning på 2 639 DDD/md. (7). Utgangspunktet vårt på 4 159 DDD/md. fordelt på tre leger ligger lavere enn dette, gitt tilsvarende størrelse på pasientpopulasjonen, og det er mulig at vi har vært mer restriktive enn det faglige retningslinjer tilsier (1, 2). Den største gevinsten av intervensjonen var ikke nødvendigvis den reduserte forskrivningen i seg selv, men at legene som deltok, fikk en mer bevisst holdning til egen forskrivningspraksis.

Konklusjon

Vårt nedtrappingsforsøk var lite ressurskrevende. Likevel oppnådde vi en 33 % reduksjon i B-preparatforskrivningen i kommunen, omtrent på nivå med tidligere publiserte nedtrappingsforsøk. Å bruke nabokommunen som kontrollgruppe var et godt utgangspunkt for å evaluere og endre egen praksis. Det viktigste i denne prosessen var at alle legene ved kontoret jevnlig minnet hverandre på problemstillingen og fulgte en enhetlig linje.

Litteratur

1. Komiteen for medisinsk teknologivurdering. Bruk av benzodiazepiner. Konsensuskonferanse. Rapport nr. 10. Oslo: Norges forskningsråd, 1996.
2. Veileder i forskrivning av vanedannende legemidler. Helsedirektoratets veiledningsserie 2–90, IK 2314. Oslo: Statens helsetilsyn, 1990.
3. Skjøtskrift S, Bjelland I, Bolstad A, Drønen T, Larsen G. Medikamentavhengighet og bruken av vanedannende medikamenter. Artikkelsamling (Temaserie 1994: 2). Oslo: Rusmiddeldirektoratet, 1994.
4. Moulund G, Rutle O. Reduksjon av B-preparatforskrivning i allmennpraksis. Stor gevinst med liten innsats. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1889–92.
5. Krokstad S, Gjeldsvik PA, Mjelva E. Reduksjon i forskrivning av B-preparater i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 3634–7.
6. Krogsæter D, Straand J. Benzodiazepiner – kvalitetssikring av egen forskrivning i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3121–5.
7. Dybwad TB, Sundene G, Eskerud J, Hjortdal P, Matheson I. Tilsyn med B-preparatforskrivningen. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 3207–10.
8. Haugeng KL, Matheson I. Tiltak overfor leger og pasienter – kan de redusere forbruket av B-preparater? Norsk Farmaceutisk Tidsskrift 1992; 14: 21–3.
9. Bjerke E, Aga J, Bjørndal A. Effekt av tilbakemelding og selvevaluering på forskrivning av beroligende midler. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2246–8.
10. Grilli R, Freemantle N, Minozzi S, Domenighetti G, Finer D. Mass media interventions: effects on health services utilisations (Cochrane review). The Cochrane Library, Issue 3, 2000. Oxford: Update Software, 2000.
11. Cormack M, Sweeney K, Hughes-Jones H, Foot G. Evaluation of an easy, cost-effective strategy for cutting benzodiazepine use in general practice. Br J Gen Pract 1994; 44: 5–8.
12. Andreasen CM, Errebo-Knudsen L, Kristensen KA. Patientinformasjon kan redusere forbruket av benzodiazepiner i almen praksis. Ugeskr Læger 1989; 151: 2968–70.
13. Bruusgaard D. Kunnskapsbasert medisin eller klinisk pragmatisme? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3111.

○