

Analgetikabruk ved kroniske muskel- og skjelettlidelser

Sammendrag

Bakgrunn. Kroniske muskel- og skjelettlidelser forekommer hyppig, og utgjør en betydelig behandlingsmessig utfordring. Lite er kjent om pasientenes analgetikabruk.

Materiale og metode. 500 pasienter gjennomgikk klinisk undersøkelse hos spesialist i fysikalsk medisin og rehabilitering grunnet muskel- og skjelettsmerter. På basis av undersøkelsesfunn ble de gruppert i en av fire diagnosekategorier. Samtlige ble spurt om analgetikabruk i løpet av siste uke, og resepttype ble registrert.

Resultat. 5 % ble vurdert til å ha klinisk artrose, de fleste av disse koks- eller gonartrose. De øvrige hadde i hovedsak uspesifikke muskel- og skjelettlidelser. Ikke-steroid antiinflammatoriske midler ble brukt hyppigst (32 %), fulgt av kodeinholdige preparater (20 %) og paracetamol (15 %). Ca. 40 % hadde ikke brukt analgetika siste uke. 63 % av forskrivningene av ikke-steroid antiinflammatoriske midler ble oppgitt å være på blåresept. Maksimalt 9 % av disse forskrivninger ble vurdert til å være i samsvar med gjeldende forskrifter, basert på forfatterens artrosekriterier.

Fortolkning. I denne gruppen av kroniske, overveiende uspesifikke smertetilstander kan det hevdes at forbruket av ikke-steroid antiinflammatoriske midler, kodeinpreparater og muskelrelakserende lå for høyt, og paracetamol for lavt, sammenholdt med gjeldende retningslinjer, godkjente indikasjoner og bivirkningsrisiko. Studien kan tyde på at en relativt høy andel av ikke-steroid antiinflammatoriske midler forskrives på blåresept, hvorav mange på indikasjoner som ikke omfattes av regelverket.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Robin Holtedahl
rholteda@c2i.net
 Dronningens gate 23
 0154 Oslo

Smertetilstander i støtte- og bevegelsesapparatet er vanlig, og personer med slike lidelser utgjør en økende andel av gruppen langtidssykemeldte og uføre i Norge. I tillegg til redusert livskvalitet og dårligere funksjon er det kostnader knyttet til tapt produktivitet, utredning og behandling. Selv om ikke-farmakologiske tilnærminger vektlegges i terapianbefalingene (1), vil allmennlegen ofte møte forventninger om medikamentell behandling fra denne pasientgruppen.

Det er begrenset kunnskap om forbruksmønsteret når det gjelder medikamenter ved muskel- og skjelettlager (2). I en norsk studie av pasienter med akutte og subakutte ryggplager fikk 79 % forskrevet medikamentell behandling, hvorav 22 % fikk lette analgetika, 27 % moderat sterke analgetika og 52 % ikke-steroid antiinflammatoriske midler (NSAID-preparater) (3). I en tverrsnittundersøkelse fra Oslo rapporterte ca. 16 % å ha brukt analgetika siste måned, men de aktuelle preparater ble ikke registrert (4). I en svensk allmennpraksis varierte forskrivningsfrekvensen av analgetika til smertepasienter mellom 10 % og 68 %, avhengig av diagnose (5). I en europeisk tverrsnittundersøkelse (6) oppgav rundt halvparten av pasientene med kroniske smerter at de brukte reseptbelagte analgetika på intervjuetidspunktet. Forbruket av de enkelte preparater varierte betydelig landene imellom, for ikke-steroid antiinflammatoriske midler mellom 26 % og 72 % (Norge 35 %), for svake opioider mellom 8 % og 50 % (Norge 50 %) og for paracetamol mellom 0 og 45 % (Norge 45 %).

I Norge refunderer folketrygden deler av utgiftene til legemidler for pasienter med kronisk sykdom. Målsettingen med refusjonsordningen (blåreseptordningen) er å sikre lik tilgang til effektive og sikre legemidler, uavhengig av inntekt og bosted. Det gis rett til refusjon ved bl.a. alvorlig symptomgivende gon- og koksartrose (forskriften § 9 punkt 35). Rikstrygdeverkets utgifter til legemidler på blåresept utgjorde ca. 7,1 mrd. kroner i 2001, en økning på 117 % fra 1991 (i faste kroner). Til nå foreligger det ikke data over hvilken andel av ikke-steroid antiinflammatoriske midler som forskrives på blåresept.

Den aktuelle undersøkelsen hadde som siktemål å kartlegge medikamentbruken hos en gruppe pasienter med kroniske muskel- og skjelettsmerter. Jeg ønsket også å undersøke andelen av ikke-steroid antiinflammatoriske midler som var blitt forskrevet på blåresept, og hvor mange av disse forskrivningene som var i samsvar med forskriftene.

Materiale og metode

Undersøkelsen fant sted i en spesialistpraksis i Oslo. De fleste pasientene var innkalt til undersøkelse av det lokale trygdekantor, mens ca. 10 % var henvist av lege eller forsikringsselskap. Kartleggingen ble gjort i perioden januar–juli 2003. 500 pasienter, fortløpende undersøkt, ble under anamneseopptaket spurt om hvilke medikamenter de hadde brukt på grunn av smerter i løpet av foregående uke. De som ikke husket navnet på aktuelle preparat, ble vist en medikamentliste. De som oppgav å ha brukt et ikke-steroid antiinflammatorisk middel, ble spurt om det var anskaffet på hvit resept, blåresept eller uten resept. Dersom preparatet ikke ble gjenkjent, men pasienten oppgav å ha fått det på blåresept, ble det registrert som antatt ikke-steroid antiinflammatorisk middel. Migrenemidler og opioider, unntatt kodein, ble registrert som «andre». Preparater kjøpt i utlandet eller «lånt» av andre ble ikke registrert, heller ikke psykoleptika/analeptika (ATC-nr. N05/06). Pasienter uten smerter ble ikke inkludert i studien. Ingen av pasientene hadde hatt smerter i mindre enn tre måneder, og de fleste hadde hatt smerter i flere år.

Pasientene ble av forfatteren gruppert i en av fire diagnosegrupper på basis av anamnese og undersøkelsesfunn (tab 1). Relevant medisinsk dokumentasjon, også fra primærlegen, ble gjennomgått, men legens diagnose ble ikke registrert. Det ble utarbeidet minimumskriterier for å definere «alvorlig symptomgivende gon- og koksartrose» (jf. pkt. 35), basert på kombinasjonen av symptomer og kliniske og radiologiske funn (fig 1).

! Hovedbudskap

- Ikke-steroid antiinflammatoriske midler og kodein var de hyppigst brukte preparater
- Flertallet av forskrivningene på blåresept var for ikke-godkjente diagnoser

Tabell 1 Alder, kjønn og forfatterens diagnosegrupper. N = 500

Alder (år), median (spredning)	44 (20–78)
Kvinner, antall (%)	276 (55)
Diagnosegruppe, antall (%)	
Gon- eller koksartrose	17 (3)
Annen artrose	7 (1,4)
Nevrologisk lidelse	3 (0,6)
Øvrige smertetilstander	473 (95)

Tabell 2 Bruk av analgetika siste uke. N = 500

	Antall	(%)
NSAID-preparat, sikkert	149	(30)
NSAID-preparat, antatt ¹	9	(2)
NSAID-preparat, totalt	158	(32)
Kodeinholdige preparater	101	(20)
Paracetamol	73	(15)
Muskelrelaxerende	41	(8)
Andre	26	(5)
Ingen	205	(41)
Husker ikke	21	(4)

Bruk av to eller flere forskjellige preparater (antall pasienter)

To	64
Tre eller flere	14

¹ Husket ikke navnet, men oppgav å ha fått preparatet på blåresept

Resultater

Median alder var 44 år (tab 1). Det var lett overvekt av kvinner. Fremmedspråklige pasienter utgjorde ca. 40 %. Gruppen med gon- eller koksartrose innbefattet alle med en eller annen grad av klinisk artrose, til sammen 17 pasienter. Hos sju pasienter ble det funnet klinisk artrose i øvrige ledd. 473 pasienter ble registrert i gruppen «øvrige smertetilstander». Flertallet av disse ble vurdert til å ha regionale eller utbredte myofascielle smerter. 28 pasienter i denne gruppen hadde plager etter brudd- og leddbåndsskader (uten artrose), åtte hadde tegn til mer lokalisert bløtdelslidelse (for eksempel tendinose) og det var to personer med mulig Sjögrens syndrom uten artritt. Pasienter med røntgenologiske artroseforandringer, men uten kliniske tegn på slik tilstand (for eksempel fasettleddsartrose), ble registrert i gruppen «øvrige smertetilstander».

205 pasienter hadde ikke brukt smertestilende medikamenter siste uke (tab 2). 203 av disse var i gruppen «øvrige smertetilstander». Omtrent hver tredje pasient hadde brukt et ikke-steroid antiinflammatorisk middel, hver femte et kodeinholdig preparat og hver sjuende paracetamol. 26 % av medikamentbrukerne hadde kombinert to eller flere preparater. De hyppigste kombinasjoner var kodein pluss ikke-steroid antiinflammatoriske midler (21 pasienter), paracetamol pluss ikke-steroid antiinflammatoriske midler (14 pasienter) og kodein pluss

paracetamol (paracetamol utover innholdet i kombinasjonspreparatet) (11 pasienter).

Cox-2-hemmere stod for vel hver tredje forskrivning av ikke-steroid antiinflammatoriske midler (tab 3). Av de 140 som hadde fått resept på et ikke-steroid antiinflammatorisk middel (inkludert ni der det ble antatt at de hadde fått slik resept), angav 89 (63 %) å ha fått det på blåresept. Av disse var det 15 pasienter som av forfatteren ble vurdert til å ha en eller annen grad av koks- eller gonartrose, mens maksimalt åtte ble bedømt til å ha alvorlig symptomgivende koks- eller gonartrose (fig 1). Andelen på blåresept var betydelig høyere for COX-2- enn for COX-1-hemmere.

Diskusjon

I denne gruppen av pasienter med kroniske muskel- og skjelettsmerter var ikke-steroid antiinflammatoriske midler og kodeinholdige preparater de hyppigst brukte analgetika, mens paracetamol alene ble brukt i relativt liten utstrekning. Ca. to av fem pasienter hadde ikke brukt analgetika foregående uke.

Medikamentell behandling av kroniske muskel- og skjelettsmerter har tradisjonelt vært mer pragmatisk enn kunnskapsbasert. Metodologiske svakheter ved mange av de aktuelle kliniske studier har vanskeliggjort sammenlikning av preparater. Personlige preferanser, kostnader og bivirkninger vil også påvirke preparatvalget. Terapi anbefalingene fremhever paracetamol som førstevalg ved smerter uten inflammasjon (1). Ved artrosesmerter er det så langt ikke fastslått at ikke-steroid antiinflammatoriske midler har noe fortrinn fremfor paracetamol i adekvate doser, selv om det hevdes å være noe bedre klinisk effekt der det foreligger en inflammatorisk komponent (7).

Bruken av opioider, inkludert kodein, ved kroniske benigne smerter, er kontroversiell. Selv om terapi anbefalingene advarer mot kontinuerlig bruk, tyder salgstillene på en betydelig forskrivning også ved kroniske tilstander. Det kan være vanskelig å skille mellom de nociceptive og de affektive effekter av daglig kodeinbruk, og det er blitt hevdet at mange bruker preparatet til tross for manglende analgetisk effekt (8). Effekten av øvrige preparater ved muskel- og skjelettsmerter er dårlig dokumentert, med mulig unntak for trisykliske antidepressiver ved fibromyalgi (9).

Selv om relativt mange personer i denne gruppen med kroniske smerter angav at de ikke hadde brukt analgetika siste uke, hadde en betydelig andel brukt midler med potensial for fysisk og psykisk avhengighet (kodein, karisoprodol) eller alvorlige bivirkninger (ikke-steroid antiinflammatoriske midler). Sammenholdt med gjeldende anbefalinger kan det hevdes at det forelå et underforbruk av paracetamol og et overforbruk av ikke-steroid antiinflammatoriske, kodeinholdige og muskelrelaxerende preparater.

Omtrent to tredeler av dem som hadde fått resept på ikke-steroid antiinflammatoriske midler i dette materialet, oppgav å ha fått blåresept. Kun et mindretall av disse forskrivningene ble funnet å være i samsvar med regelverket. Punkt 35 i refusjonsforskriftene er relativt entydig: Alvorlig symptomgivende gon- og koksartrose gir rett til refusjon, øvrige artroser ikke. Det kan innvendes at forfatterens artrosekriterier var for restriktive. Selv om man velger å godta alle tilfellene av koks- og gonartrose som alvorlig symptomgivende, gjenstår det imidlertid å forklare at seks blåreseptforskrivninger var for annen type artrose og minst 59 for til-

Figur 1

Anamnese

Belastningssmerter og startsmertener eller natt-/hvilesmerter

Funn

Koksartrose

>75% bevegelsesinnkrenkning i én eller flere retninger eller kontraktur og halting - vraltning - krykkebruk og problemer med å ta av seg buksene

Gonartrose

Halting - vraltning - krykkebruk og minst en av følgende:
Grove krepitasjoner i tibiofemoralledet
Hydrops
Feilstilling
Instabilitet
Ekstensjonsdeficit
Lårmuskelatrofi

Bildedagnostikk

Koksartrose

Redusert bruskhøyde
Subkondral sklerosering
Randosteofytter, eventuelt cyster

Gonartrose

Redusert bruskhøyde
Subkondral sklerosering
Randosteofytter/subkondrale cyster i tibiofemoralledet/patellofemoralledet
Artrose grad 2-3 ved artroskopi

Kriterier som ble brukt til å definere når alvorlig symptomgivende artrose forelå (jf. punkt 35 i refusjonsforskriftene)

Tabell 3 Resepttype ved bruk av NSAID-preparat fordelt på NSAID-gruppe og diagnosegruppe. N = 158

	Blåresept	Antatt blåresept	Hvit	Uten resept	Usikkert/yrkesskade	Sum
<i>NSAID-gruppe</i>						
Cox-1-hemmere	41	?	44	16	0	101
Cox-2-hemmere	39	?	7	0	2	48
<i>Diagnosegruppe</i>						
Koks-/gonartrose	15		1			16
Annen artrose	6					6
Øvrige smertetilstander	59	9	50	16	2	136
Sum	80	9	51	16	2	158
Andel (%)	(51)	(6)	(32)	(10)	(1)	(100)

stander uten påvisbar artrose. Selv om forfatterens diagnostiske vurderinger ikke nødvendigvis representerer noen «gullstandard», tyder studien på at det foreligger et betydelig potensial for å bringe forskrivninger av ikke-steroide antiinflammatoriske midler på blåresept mer i samsvar med regelverket.

Begrensinger ved studien

Alle studier basert på muntlige spørsmål og svar innebærer muligheter for feilrapporte-

ring. Til tross for tiltak for å redusere disse (fremvisning av liste over aktuelle preparater og av blåresept), kan man ikke se helt bort fra slike feilkilder. Påliteligheten vil også kunne være lavere hos fremmedspråklige (det ble brukt tolk ved ca. halvparten av disse konsultasjonene).

Flertallet av pasientene var henvist på bakgrunn av trygdemedisinske problemstillinger. De er derved neppe representative for pasienter i allmennpraksis. Gruppen kan antas å skåre relativt høyt på subjektive plager

og funksjonssvikt, i tillegg til øvrige forhold som boligvansker og lav inntekt og utdanning, faktorer som er antatt å innvirke på analgetikabruk (4). Fylkesvise forskjeller i medikamentbruk gjør at denne studien ikke nødvendigvis er representativ for analgetikabruken på landsbasis, og i samme retning trekker også den relativt høye andelen fremmedspråklige. Pensjonister var underrepresentert, hvilket kan være forklaringen på den lave andelen med artrose.

Litteratur

1. www.legemiddelhandboka.no (6.3.2004).
2. www.legemiddelforbruk.no (6.3.2004).
3. Werner EL, Lærum E, Ihlebæk C. Hva gjør primærlegen med ryggpasienten? Tidsskr Nor Lægeforen 2002; 122: 1800–3.
4. Brekke M, Hjortdahl P, Kvien TK. Severity of musculoskeletal pain: relations to socioeconomic inequality. Soc Sci Med 2002; 54: 221–8.
5. Hasselström J, Liu-Palmgren J, Rasjo-Wraak G. Prevalence of pain in general practice. Eur J Pain 2002; 6: 375–85.
6. www.painineurope.com (6.3.2004).
7. Kvien TK, Viktil K. Pharmacotherapy for regional musculoskeletal pain. Best Pract Res Clin Rheumatol 2003; 17: 137–50.
8. Haavik PE. Vanedannende og uten effekt. Legemidler og samfunn 2003; 4: 34–5.
9. Lautenschläger J. Present state of medication therapy in fibromyalgia syndrome. Scand J Rheumatol 2000; 29 (suppl 113): 32–6.