

Seponering av B-preparater – hvordan opplever brukerne det?

Sammendrag

Bakgrunn. Forskrivning og bruk av vanedannende medisiner har i mange år vært gjenstand for kritisk oppmerksomhet. Ulike intervensjoner i mindre målestokk overfor brukere og leger har ført til redusert forskrivning. Kunnskapen om brukernes erfaringer er liten, og dette ønsket vi å undersøke.

Materiale og metode. Det ble gjennomført seks fokusgruppeintervjuer med til sammen 27 tidligere brukere av B-preparater, vesentlig benzodiazepiner. Samtalene ble tatt opp, skrevet ut ordrett og analysert kvalitativt.

Resultater og fortolkning. Brukerne beskrev at forskrivningen ofte ble initiert på legens initiativ i akutte livskriser, og at de fikk medikamenter i stedet for samtaler. De ble sjelden informert om tilvenningsfare og bivirkninger. Både høy- og lavdosebrukerne sa at seponering førte til et vesentlig bedret selvbylde og økt mestringfølelse. Nesten alle mente at de hadde det betydelig bedre uten medisiner. Brukerne hevdet at legene sjelden tok initiativ til seponering og at de ofte var fraværende som vesentlige aktører i seponeringsprosessen. Våre informanter etterlyste mer informasjon, omsorg og bedre kommunikasjonsferdigheter hos legene, i tillegg til mer avgrenset bruk av vanedannende midler og bedre kontrollmekanismer for å fange opp misbruk.

Engelsk sammendrag finnes i artikkelen på www.tidsskriftet.no

Oppgitte interessekonflikter:
Se til slutt i artikkelen

> Se også side 2341

Johan Torper

johan.torper@samfunnsmed.uio.no
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Seksjon for allmennmedisin
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

Siri Steine

Markveien legesenter
Grüners gate 8
0552 Oslo

Det har i mange år vært stor oppmerksomhet omkring forskrivning og bruk av legemidler med risiko for tilvenning og misbruk (reseptgruppe B). Fagmiljøer og tilsynsmyndigheter har ønsket å redusere forskrivningen. Ulike tiltak har ført til dette (1–3). Likevel har forholdene endret seg lite i de senere år. Det har i liten grad vært undersøkt hvordan brukere som slutter med vanedannende medikamenter, opplever dette. Forfatterne har begge vært restriktive til langtidsbruk av B-preparater, samtidig som vi er opptatt av pasientsentrert tilnærming. Dette er holdninger som ofte representerer et dilemma i den kliniske hverdagen. Vi ville undersøke informanters reaksjoner når de sluttet med B-preparater. Samtidig ønsket vi å få kjennskap til deres erfaringer med helsevesenet i forbindelse med seponering.

Materiale og metode

Informantene ble rekruttert gjennom oppslag i dagspressen. De interesserte (n = 92) ble intervjuet over telefon. 27 informanter som bodde i rimelig avstand, ble fordelt på seks grupper og intervjuet.

De hadde primært brukt benzodiazepiner alene eller benzodiazepiner sammen med kodeinholdige analgetika. Inklusjonskriteriene var daglig bruk av B-preparater over mer enn ett år. Informantene skulle fortrinnsvis ha avsluttet, sekundært redusert betydelig, sitt forbruk av vanedannende medisiner. Kun to personer brukte B-preparater (zopiklon) daglig ved intervjuetidspunktet.

Blandingsmisbruk med rusmidler ble i liten grad angitt, men enkelte benyttet alkohol som substitutt når de var tomme for medisiner.

Vi valgte å dele informantene i høydosebrukere (> 2 DDD) og lavdosebrukere (≤ 2 DDD). DDD uttrykker antatt gjennomsnittlig forbruk per døgn gitt ved medikamentets hovedindikasjon. Nærmere beskrivelse av informantene er gitt i tabell 1.

Deltakerne ble delt i to grupper med bare lavdosebrukere, to grupper med bare høydosebrukere og to grupper med både høy- og lavdosebrukere. Datainnsamling fra informantene ble foretatt i fokusgrupper.

Vi spurte om hvordan det hadde vært å slutte med vanedannende medisiner, tap og gevinst ved seponering samt erfaringer med helsevesenet og hvilke ønsker og råd de kunne komme med. Alle intervjuene ble tatt opp og skrevet ut ordrett.

Databearbeidingen ble utført ved hjelp av en kvalitativ analytisk prosess i fire trinn. Teksten ble lyttet til og lest. Temaer fra intervjuguiden og spontane temaer ble identifisert og gruppert. Disse ble så kondensert parallelt av forfatterne, og utkastene ble sammenholdt og holdt opp mot originalteksten. Typiske og spesielt illustrerende utsagn ble identifisert. Kondensert tekst ble reformulert til beskrivelser. Beskrivelser og enkeltutsagn ble så validert opp mot originalutskriftene ved at hovedpunkter ble testet gruppe mot gruppe, og ved å søke etter rivaliserende forklaringer og negative utsagn (4, 5).

Resultater

Bakgrunn for å begynne med vanedannende medisiner

Bakgrunnen for å starte med B-preparater var somatisk sykdom, akutte livskriser og psykisk sykdom. Somatic sykdom var hyppigst blant høydosebrukere.

«I forbindelse med en større operasjon hadde jeg mye smerter og søvnløshet. Jeg startet med vanedannende medisiner. Så bare fortsatte jeg å bruke dem.»

Terskelen hos legene for å forskrive B-preparater og fortsette med det var lav hvis brukerne hadde en somatisk sykdom. Dette utnyttet flere pasienter bevisst, særlig storforbrukere som gikk til flere leger.

Livskrise var hyppigste årsak til forskrivning hos lavdosebrukerne. Mange oppgav at



Hovedbudskap

- Medisinering erstatter ofte støtte og samtaler i krisesituasjoner
- Brukerne får bedre livskvalitet og egenmestring når de slutter med vanedannende medisiner
- Leger bør oftere foreslå og bistå med seponering

de ikke hadde fått noe annet tilbud om hjelp til å mestre krisen enn medisiner.

Psykisk lidelse som indikasjon fordelte seg jevnt mellom høy- og lavdosebrukere. De startet gjerne med vanedannende medisiner i en akutt fase, men forskrivningen ble ikke avgrenset i tid.

En yngre kvinne berettet: «For fire år siden begynte jeg med Anafranil og Valium på grunn av en depresjon. Det ble jo gjerne sånn at psykiateren ikke var noe redd for å skrive ut. Etter hvert økte det bare på.»

Primær insomni ble bare oppgitt av én høydosebruker, mens 15 hadde sekundær insomni.

«Min mann var alvorlig syk, og jeg spurte legen min om å få noe å sove på. Siden brukte jeg en halv Mogadon hver aften i over 20 år.»

Opplevelser ved bruk av medisiner

Nytten av medisinbruken varierte stort. En eldre mannlig lavdosebruker representerer mange: «Det var helt nødvendig. Men om det var nødvendig å holde på så lenge som jeg gjorde, det tviler jeg på. Hadde legen fortalt meg at det var nødvendig å få trappet ned, så hadde jeg gjort det.»

Nesten alle høydosebrukerne berettet at livet ble preget av avhengighet. Mange brukte mye tid på å utvikle og følge opp strategier for å skaffe seg medisiner.

Hos høydosebrukerne, men også i betydelig grad blant lavdosebrukerne, hadde medisinbruken påvirket selvbildet, emosjoner, relasjoner, initiativ og engasjement for omgivelsene.

En kvinnelig høydosebruker uttrykte det slik: «Jeg følte at jeg levde et dobbeltliv. Jeg skjulte for omverdenen at jeg brukte medisiner. Løgn og unnvikelser, sammen med skyldfølelse og lavt selvbilde, ble en del av hverdagen.»

I tillegg rapporterte spesielt høydosebrukerne om redusert korttidshukommelse, tretthet og generell utilpasshet.

Opplevelser ved å slutte med medisiner

Nesten alle hadde opplevd fysisk abstinens under seponering. De færreste var forberedt på abstinensplagenes omfang, intensitet og ikke minst varighet. Den fysiske abstinensen var betydelig for begge grupper, men høydosebrukerne beskrev klart sterkere plager.

Abstinensplager som angst, søvnproblemer, depresjon, hodepine, muskelsmerter, lys- og lydømfintlighet, tretthet, hukommelsessvikt og konsentrasjonsproblemer ble beskrevet. En lavdosebruker sa: «Jeg tenkte ikke over at jeg skulle få noen abstinenser, så det var jo *den* overraskelsen for meg. Jeg visste ikke hva som var galt. Å slutte var det verste helvete jeg har vært borti.»

Et mindretall i begge grupper hadde trappet ned gradvis. Disse hadde hatt mindre abstinensplager. Ønsket om kontroll over livet uten hjelp av medisiner var for lavdosebrukerne det viktigste motivet for å slutte.

Tabell 1 Beskrivelse av informantene

Kvinner	20
Menn	7
Høydosebrukere	12
Lavdosebrukere	15
Alder i år gjennomsnitt (spredning)	59 (35–88)
Antall år brukt B-preparater	2–30
Forbruk DDD ¹ gjennomsnitt for alle (spredning)	3,8 (0,25–30)
Forbruk DDD gjennomsnitt høydosebrukere	5,9
Forbruk DDD gjennomsnitt lavdosebrukere	1,4

¹ DDD uttrykker antatt gjennomsnittlig forbruk per døgn gitt ved medikamentets hovedindikasjon. Eksempel: Diazepam 10 mg.

For høydosebrukerne var derimot seponeringen gjerne blitt utløst av en større personlig krise med følelsesmessig, familiært, funksjonelt eller økonomisk sammenbrudd.

For mange høydosebrukere hadde innleggelse for avrusning vært nødvendig. Mange hadde følt at de var underprioritert av helsevesenet i forhold til alkohol- og narkotikamisbrukere, både når det gjaldt interesse og kompetanse.

Livet uten medisiner

I begge grupper ble det rapportert klare gevinster av å ha sluttet med vanedannende medisiner. Høydosebrukerne opplevde størst forskjell. Det viktigste i begge grupper var opplevelsen av å mestre livet uten medisiner, noe som igjen gav bedre selvfølelse.

En uføretrygdet tidligere lavdosebruker fortalte: «Jeg føler at det er jeg som bestemmer, det er ikke medisinen som bestemmer. Jeg har seiret over det og har en god følelse.»

En høydosebruker sa: «På mange måter er det knalltøft å måtte oppleve ting på ordentlig. Men jeg vinner jo hver gang jeg klarer det.»

De fleste hadde fått et bedre forhold til menneskene rundt seg. Mange beskrev også økt samfunnsbevissthet og engasjement samt økt fysisk velvære.

Etterslep som skam, skyldfølelse og manglende tillit fra omgivelsene ble spontant rapportert av flere høydosebrukere og én lavdosebruker.

«Familie og venner mistet tilliten til meg da jeg brukte medisiner, jeg lurte dem både med penger og annet. Det krever mye å skulle bygge opp dette igjen, vise dem at jeg er til å stole på nå.»

På direkte spørsmål svarte de fleste at de savnet lite eller ingenting fra tiden med medisiner. Et unntak var to høydosebrukere som var usikre på om de hadde hatt noen gevinst av å slutte. Felles for begge var at de først nylig hadde seponert etter lang tids medisinbruk. Flere kommenterte at det kunne gå måneder og enkelte ganger år før den psykiske avhengigheten var borte.

Møtet med legen – erfaringer og forventninger

Informantene la mye av ansvaret for medisineringen på legene. Flere mente at de tydde til reseptblokken fremfor å tilby støttesamtaler og vise personlig interesse. Mange hadde opplevd manglende kommunikasjonsferdigheter hos legen samt liten kompetanse i å håndtere vanedannende medisiner: «Legen sa lite eller ingenting om at det kunne være vanedannende. Hvis jeg hadde visst hvor vanskelig jeg skulle få det på grunn av dem, hadde jeg aldri brukt dem.»

En kvinne som hadde mistet mann og barn i en ulykke sa: «Da jeg kom til legen første gang, spurte jeg ikke om medisiner. Legen bare skrev ut med én gang. Og slik fortsatte det i 20 år.»

Noen mente at indikasjonen opprinnelig hadde vært legitim, men de fleste var enige om at forbruket hadde pågått for lenge. Reitering skjedde i stor grad uten at videre behov eller eventuelle bivirkninger ble tatt opp til vurdering.

I ettertid ble en restriktiv holdning positivt vurdert: «Jeg fikk aldri medisiner uten at jeg spurte spesifikt om det. Det synes jeg egentlig er helt riktig. Det er straks litt vanskeligere hvis man ansikt til ansikt må spørre om det.»

Noen av uttalelsene understreker imidlertid hvilke sterke emosjonelle reaksjoner slik restriktiv holdning kan utløse: «Han sa niks og nei, jeg hatet den drittsekken. Jeg var så desperat. Men det er bra at det er leger som tør si: «Beklager, du får ikke.»»

Gjennomgående mente informantene at legene visste for lite om abstinens. På den annen side syntes de som hadde fått god informasjon at dette hadde vært avgjørende for å klare å slutte. «Han sa at du må regne med at det blir tøft nå en fire, fem, seks dager. Du kan ringe meg om det. Jeg hadde det jo helt ille, men i og med at legen hadde sagt hva som kunne komme, klarte jeg å holde ut.»

Høydosebrukerne undret seg over at de ikke oftere var blitt registrert i et sentralt register, med påfølgende intervensjon overfor lege og pasient. Legene ble rådet til å inngå klare avtaler med sine pasienter om tidsbegrenset forbruk og legge mer vekt på informasjon om bivirkning og vanedanning. Høydosebrukerne la også stor vekt på nytten av gradvis nedtrapping. Alle understreket behovet for kontakt og dialog med legen. Det var stor enighet om at medikalisering av livskriser bør unngås. Slik uttrykte en mann med angstplager seg: «Det gjør deg ikke sterk å bare møte snille mennesker. Det gjør deg sterk å møte noen som stiller små krav til deg, slik at du kan få feedback på at du er flink, du også.»

Diskusjon

De fleste brukerne hadde begynt under forhold preget av økt sårbarhet, som alvorlig sykdom, sorg eller stort psykososialt stress. Dette er situasjoner som utfordrer mest-

ringsevnen og appellerer til hjelp fra andre. Det er tankevekkende at mange sa at det var lett å få vanedannende medisiner, mens de egentlig hadde ønsket seg noe annet, som støtte, samtale og mer personlig kontakt. Informantene var enda mer kritiske til legenes ansvar for det langvarige forbruket. Den negative innstillingen ble forsterket av at det hadde vært dårlig informasjon om bivirkninger og avhengighet og mangelfulle avtaler om tidsbegrenset forbruk. Dette understrekes av rapporter om hvordan senere forskrivning oftest skjer uten samtidig konsultasjon (6). Det har vært pekt på at forskrivning kan utløse negative følelser også hos legen (7). Noe av den unnvikende holdningen legene beskyldes for, kan være forenlig med at både bruker og forskriver unngår å møtes pga. det ubehag som forskrivning kan medføre.

Selv om abstinensplager som angst, søvnproblemer, depresjon og forskjellige somatiske symptomer er velkjent (8), hadde ingen i vår undersøkelse hatt kunnskap om at plagene som senere opprettholdt medisinfbruket kunne skyldes abstinens. Dette representerer en klar utfordring til forskrivende leger og er kunnskap som kan brukes konstruktivt for å motivere til seponering (1, 2).

Ønsket om å mestre livet uten medisiner som viktigste motivasjon til å slutte, peker på legens viktige rolle som støttespiller. Man må tro at man skal klare å slutte for å lykkes (9). Dette støttes av teorien om egen kraft, «self-efficacy», som kort kan beskrives som at forventningen om at man vil mestre en bestemt oppgave eller situasjon, er avgjørende for om den ønskede atferd forsøkes og så gjennomføres (10). Pasient og lege kan utforske pasientens mestringsstrategier for hendelsen som førte til daglig bruk av medisiner (11). Kognitiv innsikt i hva trusselen som utløser medisinerer representerer, og kognitive teknikker tilsvarende metoder utviklet for å behandle panikktilstander kan være viktige faktorer for å lykkes med seponering (9). Behandling av søvnvansker med ikke-farmakologiske metoder som stimuluskontroll og søvnrestriksjon er også beskrevet som mer effektivt enn medikamentell behandling (12).

Plagene etter seponering kunne vare fra en uke og inntil et par år hos langvarige høydosebrukere. Det kan innvendes at langvarige seponeringsplager egentlig var uttrykk for bakenforliggende psykisk sykdom. Rapportene fra de fleste i vår undersøkelse om at symptomene forsvant til slutt, gjør at vi mener det i betydelig grad var medikamentrelaterte plager. I litteraturen er det også beskrevet et langvarig postseponeringssyndrom for benzodiazepiner, med søvnløshet, stress, angst, irritabilitet og økt sårbarhet som uttrykk for en forsinket nevropsykologisk regulering (13).

I litteraturen møter vi ulike oppfatninger av hvor vanskelig det er å seponere benzodiazepiner. En nederlandsk artikkel beskriver at etter minimal intervensjon fra legen med opplysninger om reversible bivirkninger,

lyktes det for en femdel av dem som forsøkte å slutte, mens opptil to tredeler klarte det når oppfølgingen var strukturert over tid (3). I norsk allmennpraksis har studier omkring gradvis nedtrapping vist at forskrivningen ble redusert med 50 %, og om lag 25 % av deltakerne seponerte helt (1, 2, 14).

De mange beskrivelsene av økt mestring og selvtillit, bedre sosialt liv, økt evne til å møte utfordringer og færre kroppslige og psykiske plager etter avvenning er overbevisende argumenter for leger og pasienter til å redusere medisineren. Det kan reises spørsmål om dette er et typisk funn eller er uttrykk for en idealisering i ettertid. Funnet støttes av tidligere undersøkelser som viste at seponering av benzodiazepiner har ført til bedret psykisk funksjon, uten at forbruket av andre medisiner økte (3). Vår undersøkelse viste at brukerne i ettertid savnet initiativ fra legen. En undersøkelse i en norsk allmennpraksis viste at bare 46 % av benzodiazepinbrukerne i det hele tatt hadde opplevd at legen foreslo seponering (14).

Minimal intervensjon kombinert med et tilbud om strukturert oppfølging under seponeringen bør kunne tilbys av alle som forskriver vanedannende medisiner over tid. Langsom nedtrapping, noen ganger over flere måneder, vil gi færre plager og være å foretrekke for de fleste av disse pasientene, da abstinensplagene kan være betydelige (15). Mange i vår studie benyttet imidlertid en strategi hvor seponering fra den ene dagen til den neste ble foretrukket. Valget mellom langsom eller hurtig nedtrapping bør derfor gjøres etter nøye overveielse sammen med pasienten. Et tilbud om oppfølging over tid vil uansett være nødvendig.

Åpen rekruttering av informanter kan ha ført til at brukere med negative erfaringer med helsevesenet, spesielt behov for å plassere skyld eller sterk opplevelse av bedret helse etter seponering er overrepresentert. Vi mener at bredden, som er kravet som stilles i en kvalitativ studie, kommer til uttrykk ved at de siste to gruppene ikke gav vesentlig ny informasjon (4, 5). Vår forforståelse, som var preget av en restriktiv holdning til bruk av B-preparater, kan ha påvirket svarene vi fikk. Det kan også stilles spørsmål ved om atmosfæren i gruppene var trygg nok til at pasientene kunne eksponere sine erfaringer på et så sensitivt og tabulagt område.

Erfaringene fra gruppene var at informantene deltok aktivt og at de støttet og oppmuntret hverandre med stor grad av åpenhet, også om temaer hvor de uttrykte svakhet og sårbarhet. Et viktig element i datainnsamling, analyse og fortolkning var lojalitet overfor informantenes valg og erfaringer. I valideringsprosessen inngikk også våre egne oppfatninger som mulig påvirkningsfaktor.

Våre informanter hadde klart å slutte med medisiner, og deres beskrivelser var naturlig nok farget av dette. Informanter som enten ikke ønsker å slutte, eller som har forsøkt å slutte, men ikke klart det, ville rimeligvis

gitt et annet bilde både av livet med medisiner og hvordan de ville ønsket at legene skulle forholde seg. En undersøkelse av brukeropplevelser i en populasjon som blir tilbudt strukturert seponering (1, 2, 14), vil være av stor interesse.

Konklusjon

Det er mulig å slutte med B-preparater selv etter mange års daglig bruk, og seponering kan gi stor gevinst i form av økt selvtillit og mestringsfølelse. Hos lavdosedrukerne er den viktigste motivasjonen å kunne mestre livet uten medisiner. Abstinensplager og psykisk avhengighet forlenger bruken og kan gi store plager under seponering, også etter langvarig lavt forbruk. Mange tidligere brukere ønsker strengere håndtering og kontroll av slik forskrivning, bedre informasjon om bivirkninger, støtte i stedet for medisiner, mer personlig kontakt og større initiativ til seponering fra legenes side.

Oppgitte interessekonflikter: Siri Steine har mottatt honorar for foredrag og vitenskapelig rådgivning fra AstraZeneca, Boehringer Ingelheim, Lundbeck, GlaxoSmithKline.

Vi takker Trine Bjørner for hjelp med utarbeiding av studiedesign. Studien er støttet av Allmennmedisinsk forskningsutvalg og Sosial- og helsedepartementet.

Litteratur

- Mouland G, Rutle O. Reduksjon av B-preparatförskrivning i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1996; 116: 1889-92.
- Krogstad S, Gjelsvik PA, Mjelva E. Reduksjon i förskrivning av B-preparater i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 1995; 115: 3634-7.
- Oude Voshaar RC, Gorgels WJ, Mol AJ et al. Treatment methods for discontinuation of long-term benzodiazepine use. Ned Tijdschr Geneesk 2001; 145: 1347-50.
- Morgan DL. Focus groups as a qualitative research. Beverly Hills: Sage, 1988.
- Kirk J, Miller ML. Reliability and validity in qualitative research. Sage University Paper Series on Qualitative Research Methods. Bd. 1. Beverly Hills: Sage, 1988.
- 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.
- Dybwad TB, Sundene G, Eskerud J et al. Tilsyn med B-preparatförskrivningen. Tidsskr Nor Lægeforen 1994; 114: 3207-10.
- Petursson H. The benzodiazepine withdrawal syndrome. Addiction 1994; 89: 1455-9.
- Spiegel DA. Psychological strategies for discontinuing benzodiazepine treatment. J Clin Pharm 1999; 19: 17-22.
- Bandura A. Self efficacy: toward a unifying theory of behavioural change. Psychol Rev 1977; 84: 191-215.
- Ingstad B, Sommerschild H. Familien med det funksjonshemmede barnet: forlop, reaksjoner, mestring. Rapport nr. 9. Oslo: Gruppe for helsejernetesteforskning, 1983.
- Lacks P, Morin CM. Recent advances in the assessment and treatment of insomnia. J Consult Clin Psychol 1992; 60: 586-94.
- Tyrer P. Withdrawal from hypnotic drugs. BMJ 1993; 306: 706-8.
- Krogsæter D, Straand J. Benzodiazepiner - kvalitetsikring av egen förskrivning i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 3121-5.
- Krahenbuhl S. Abuse of benzodiazepines and similar substances. Ther Umsch 2003; 60: 335-40.