

Totalforbruket av sovemedisiner i Norge er stort, og forskrivningen er ofte basert på skjønn. Har norske leger nok kunnskap om søvn og hypnotika?

Leger og sovemedisin

Forbruket av sovemidler har de siste ti årene vært økende (1), og det ser ut til at forskrivning til fast forbruk øker. Det er grunn til å anta at en del av denne forskrivningen ikke følger de faglige anbefalinger (2), som går ut på å tilrå kun kortvarig eller eventuelt intermitterende bruk. Slike retningslinjer kan imidlertid aldri inneholde eksakte råd, og mye av legenes vurdering må baseres på skjønn.

Legemiddelverkets statistikk viser betydelige variasjoner i salg av sovemidler de siste 20 år. Det høyeste forbruket ble registrert i 1989, da forbruket var 45 definerte døgndoser (DDD) per 1 000 innbyggere per døgn. Avregistreringen av triazolam etter bivirkningsrapporter i 1991 førte til et sterkt fall i hypnotikaforskrivningen. Flunitrazepam erstattet noe av forbruket, men det ble etter hvert en økende skepsis mot dette midlet, noe som førte til en ytterligere nedgang i hypnotikabruken i første halvdel av 1990-årene. Det laveste forbruket av sovemidler ble registrert i 1994 med et forbruk på 26 DDD per 1000 innbyggere per døgn. Samme år ble zopiklon og zolpidem introdusert på markedet. Disse sovemidlene, de såkalte z-hypnotika, likner benzodiazepinene, men har mindre residualeffekter dagen etter inntak. Markedsføringen av z-hypnotika var omfattende, og hypnotikaforbruket økte kraftig. I 2006 var totalforbruket 43 DDD per 1 000 innbyggere per døgn. Zopiklon er nå det mest brukte sovemidlet og utgjør 73 % av antall solgte doser sovemidler.

Hvordan ble avregistrerte legemidler erstattet? I tilfellene som er nevnt her, skjedde det en viss overgang til andre typer hypnotika etter avregistreringen av triazolam, mens salgstillene steg kraftig da z-hypnotika kom på markedet. Man må anta at tilgjengeligheten av medikamenter i markedet og legemiddelindustriens markedsføring har påvirket forskrivningsvanene betydelig (2).

I medisinske miljøer er den dominerende og uttalte holdning at man skal være restriktiv med forskrivning av B-preparater; alle hypnotika tilhører denne gruppen. Leger ønsker å drive sin virksomhet på en forsvarlig og faglig korrekt måte. Det er derfor sannsynlig at leger generelt ønsker å innta en restriktiv holdning til forskrivning av hypnotika. Men i tillegg til farmakologisk kunnskap og generelle holdninger influeres hypnotikaforskrivning også av en rekke ikke-medisinske og relasjonelle forhold (3). I møtet mellom lege og pasient kommer flere faktorer inn: legens ønske om å hjelpe og å etterkomme pasientens ønsker, og hensynet til pasientautonomi. Det kan være behagelig for legen å etterkomme pasientens krav for å unngå å komme inn i vanskelige diskusjoner eller «forhandlinger» med sine pasienter. Derfor er det vanskelig å karakterisere leger som «liberale» eller «restriktive» forskrivere. Teoretisk kunnskap og generelle holdninger til forskrivning er ikke nødvendigvis særlig robuste når legene utsettes for press fra pasienter og for vanskelige avveininger i lege-pasient-forholdet.

80 % av forskrivningen av hypnotika skjer i allmennpraksis (4). Start av hypnotikabehandling skjer imidlertid ikke sjelden under sykehusopphold, men da ofte på annen indikasjon enn i allmennpraksis. En resept ved utskrivning fra sykehus kan likevel være førende for videre forskrivning (5).

I dette nummer av Tidsskriftet presenterer Christine Strand Bachmann og medarbeidere en spørreskjemaundersøkelse om hold-

ninger og forskrivningspraksis av z-hypnotika blant allmennleger (6). Studien avdekker mangelfull kunnskap om sovemidler blant flere allmennleger, ettersom under halvparten av svarene på spørsmålene som gjaldt kunnskap om sovemidler, var riktige. Legenes forslag til behandling av konstruerte kasuistikker ble brukt som grunnlag for å vurdere forskrivningspraksis. En svakhet ved en slik metode er at behandlingsforslag kan være vanskelige å tolke, fordi forslagene gir uttrykk for faktisk kunnskap og generelle holdninger, men ikke reflekterer hva som konkret skjer i en konsultasjon.

Leger i allmennpraksis står for 70–90 % av all legemiddelforskrivning, og det er en stor utfordring for allmennlegene å holde seg faglig oppdatert innenfor hele det terapeutiske feltet. Gode pedagogiske opplegg og kvalitetsforbedrende tiltak er derfor viktig. Reseptregistrering der leger kan sammenlikne egen forskrivning med et gjennomsnitt, har vist seg å være effektivt. Dette gir både elektronisk pasientjournal og Norsk reseptregister muligheter for. Danske leger har gode erfaringer med diskusjon om egen forskrivning med en kollegaveileder (7). I Norge er det etablert et pedagogisk opplegg, kalt kollegabasert terapiveiledning, der smågrupper med leger reflekterer over egne forskrivningsdata under veiledning av en kollega som har satt seg spesielt godt inn i det aktuelle terapiområdet. Dette ser ut til å være en lovende metode for å endre legers forskrivningspraksis.

Liberal forskrivning av hypnotika kan lett føre til medikalisering av vanlige livsproblemer. Ikke-medikamentell behandling av søvnvansker og det å tenke på søvnvansker mer som et symptom på andre sykdommer enn som en diagnose i seg selv, er viktig. Studien til Bachmann og medarbeidere viser at forskrivningen av legemidler i allmennpraksis kan forbedres. Her ligger en viktig utfordring.

Trine Bjørner
trine.bjorner@medisin.uio.no

Trine Bjørner (f.1953) er dr.med. og spesialist i allmennmedisin. Hun er fastlege i Oslo og førsteamanuensis ved Universitetet i Oslo.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Legemiddelforbruket i Norge 2002–2006. www.legemiddelforbruk.no (4.12.2007).
2. Vanedannende legemidler. Forskrivning og forsvarlighet. IK-2755. Oslo: Helse-tilsynet, 2001. www.helsetilsynet.no/upload/Publikasjoner/andrepublikasjoner/vanedannende_legemidler_forskrivning_forsvarlighet_ik-2755.pdf (5.12.2007).
3. Bjørner T, Kjølsvold L. How GPs understand patients' stories. A qualitative study of benzodiazepine and minor opiate prescribing in Norway. Eur J Gen Pract 2002; 8: 25–30.
4. Komitéen for medisinsk teknologivurdering. Bruk av benzodiazepiner. Konsensuskonferanse. Rapport nr. 10. Oslo: Norges forskningsråd, 1996.
5. Bell C, Fischer H, Sudeep S et al. Initiation of benzodiazepines in the elderly after hospitalization. J Gen Intern Med 2007; 7: 1024–9.
6. Bachmann CS, Berg EA, Spigset O et al. Benzodiazepinliknende hypnotika – holdninger og forskrivningspraksis blant allmennleger. Tidsskr Nor Legeforen 2008; 128: 166–70.
7. Hofmann M, Brørs O, Dahlquist et al. Ekstern evaluering af Institut for rationel farmakoterapi. www.irf.dk/download/pdf/evaluating_irf.pdf (5.12.2007).
8. Straand J, Fetveit A, Rognstad S et al. A cluster-randomized educational intervention to reduce inappropriate prescription patterns for elderly patients in general practice – The Prescription Peer Academic Detailing (Rx-PAD) study. BMC Health Services Research 2006; 6: 72.