

# Reduktion af vanedannende medicin i praksis!

Speciallæge i almen medicin Viggo Rask Kragh Jørgensen,  
farmaceut Birgit Signora Toft &  
speciallæge i almen medicin Max van Soest Fogh

Medicinenheden Ringkjøbing Amt, Ringkøbing

## Resume

**Introduktion:** Der har været stor politisk opmærksomhed på forbruget af benzodiazepiner (BD) og cyclopyrroloner (CP) i de senere år. I Danmark skønnes det, at der er ca. 100.000 BD-afhængige patienter. I artiklen beskrives en effektiv indsats i almen praksis til at nedbringe forbruget af afhængighedsskabende medicin.

**Materiale og metoder:** I to lægepraksis i Thyborøn-Harboøre Kommune indførte man i overensstemmelse med cirkulære nr. 12 a 13. januar 2003, at en recept på BD og CP kun kunne udstedes til en måned ad gangen og kun ved konsultation. Dette tvang lægen og patienten til en gang månedligt at tænke på, om det nuværende ordinationsmønster var hensigtsmæssigt, eller om der skulle iværksættes en nedtrapning. Forbruget blev fulgt på Lægemiddelstyrelsens hjemmeside Ordiprax, hvor man viste mængden af solgt receptpligtig medicin på apotekerne.

**Resultater:** Efter fem kvartaler var forbruget af BD reduceret med over 50% og forbruget af CP med ca. 75%. Omlægningen af ordinationsmønsteret forløb væsentligt nemmere, end lægerne havde formodet. En hel gruppe af patienter, der normalt er usynlige, kom i kontakt med en læge. Der blev de første tre måneder kun anvendt 4-5 konsultationer mere pr. uge pr. 1.000 patienter. De sædvanlige samarbejdspartnere: psykiatere, hjemmeplejen, sygehuse, misbrugsafdeling mv. anvendtes stort set ikke.

**Konklusion:** Det kan derfor anbefales at gøre ovennævnte enkle procedure til rutine ved ordination af BD og CP.

Forbruget af benzodiazepiner (BD) har i de seneste år været svagt faldende, hvorimod forbruget af cyclopyrroloner (CP) har vist en stigende tendens [1]. Samlet har faldet kun været på 1-2% i 2003 [2]. Ordination af afhængighedsskabende lægemidler er siden 2003 blevet reguleret ved cirkulære nr. 12 a 13. januar 2003 (Tabel 1).

I Danmark skønnes det, at ca. 100.000 personer er afhæn-

Tabel 1. Citat fra cirkulære om ordination af afhængighedsskabende lægemidler af 13. januar 2003.

Sovemidler bør kun bruges i 1-2 uger, og lægen bør ordinere en mængde svarende hertil, hvorefter situationen og den medicinske behandling bør vurderes på ny

For så vidt angår såvel benzodiazepiner som anxiolytisk behandling bør man stræbe efter en behandlingsperiode på ikke over fire uger. Herefter bør tilstanden vurderes på ny

Tabel 2. De mest almindelige bivirkninger hos patienter ved forbrug af benzodiazepiner og cyclopyrroloner.

### Bivirkninger

- Konfusion
- Svimmelhed
- Døsighed
- Hukommelsessvigt
- Koncentrationsbesvær
- Påvirket tænkning
- Påvirket dømmekraft
- Påvirket skrive-, læse- og regneegenskaber
- Påvirket indlæring
- Påvirket hukommelse
- Følelsesmæssig afstumpethed
- Påvirket motorik
- Trafikfarlighed
- Pseudodemens
- Faldtendens

gige af BD [3], og bl.a. derfor har området stor politisk bevågenhed. Indenrigs- og sundhedsminister *Lars Løkke Rasmussen* gav i december 2003 lægerne en frist på 1-2 år til at »få styr på receptblokken«. Hvis det ikke skete, blev der truet med skærpet tilsyn og kopieringspligt [3-5]. I december 2004 var ministeren stadig ikke tilfreds [4], da faldet i forbruget kun havde været på en halv procent i første halvdel af året. I juni 2005 blev faldet i 2004 sammenlagt opgjort til 1,7% [6].

I Ringkjøbing Amt har man gennem de seneste ca. fem år arbejdet målrettet på at nedbringe ordinationerne af afhængighedsskabende lægemidler [7, 8]. Dette har medført forskellige tiltag såsom informations- og undervisningsmøder, supervisioner, samtaletilbud fra de praktiserende læger og psykoterapeutiske samtaler med en specialkonsulent. Derudover har embedslægen intensiveret arbejdet med at identificere læger med storforbrugende patienter, og disse læger er blevet bedt om at komme med forslag til, hvordan forbruget kan reduceres. Den samlede indsats har reduceret forbruget af BD og CP i amtet med ca. 4% fra 2003 til 2004.

Den store opmærksomhed er fagligt velbegrunnet, da stofferne er forbundet med en række alvorlige bivirkninger (Tabel 2) [9-12]. Blandt ældre mennesker kan der opleves pseudodemens og faldtendens. Hos enkelte ses der paradokseffekter, såsom angst, hallucinationer og voldelig adfærd. Ud over de direkte virkninger er stofferne afhængighedsskabende med både fysiske og psykiske symptomer. Der udvikles let tolerans. Ved nedtrapning kan de symptomer, man tog medicinen for, vende tilbage i forstærket form, den såkaldte rebound-effekt [9, 11].

Den hypnotiske virkning aftager efter nogle få uger og den anxiolytiske effekt forsvinder efter få måneder. Derefter resterer kun bivirkninger og abstinenser. Der er derfor ikke nogen positiv virkning efter få måneders behandling med stofferne [11].

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

I 2004 har man i to lægepraksis i Thyborøn arbejdet på at nedbringe forbruget af vanedannende medicin, for at praksis kunne leve op til kravene i cirkulæret (Tabel 1). Resultaterne offentliggøres for at inspirere kollegaer til at nedbringe forbruget af BD og CP med enkle metoder.

### Materiale og metoder

Data stammer fra to lægepraksis i Thyborøn i alt omfattende ca. 2.300 patienter. I de to praksis besluttede man i samarbejde med Medicinenheden i Ringkjøbing Amt, at man fra den 1. januar 2004 ville arbejde efter cirkulærets ordlyd. Af geografiske hensyn begyndte man med patienter bosat i Thyborøn by (to tredjedele af patienterne), og den 1. januar 2005 deltog alle patienter i de to praksis.

Interventionen omfattede stofgrupperne N05BA (f.eks. oxazepam (Alopam), diazepam (Hexalid), lorazepam (Lorabenz), chlordiazepoxid (Klopoxid) og alprazolam (Tafil) N05CD (f.eks. nitrazepam (Apodorm), flunitrazepam (Flunipam) og triazolam (Halcion)) samt N05CF (f.eks. zopiclon (Imovane), zopiclon (Imozop), zaleplon (Sonata) og zolpidem (Stilnoct)) (Figur 1). Internetsiden [www.Ordiprax.dk](http://www.Ordiprax.dk) blev anvendt til evaluering, da data her er nemt tilgængelige og dækker det ønskede materiale.

Datagrundlaget for Ordiprax er apotekernes indberetninger til Lægemiddelstyrelsens Lægemiddelstatistikregister af salget til enkeltpersoner af receptpligtige lægemidler. For hver receptekspedition indberettes receptsudstederens ydernummer, patientens CPR-nummer og varens entydige varenummer, der indeholder oplysning om varens *anatomical therapeutic chemical* (ATC)-kode, pakningsstørrelse og totalt antal definerede døgn-doser (DDD) i pakningen.

Ordiprax er opdelt i to kategorier: amtsdata og lægepraksisdata. Amtsdata omfatter alle receptekspeditioner (inkl. dem fra speciallæger og sygehuse) på private apoteker opgjort amtsvis og kan ses af alle. Lægepraksisdata er den enkelte praksis' ordinationer til egne sikrede indløst på danske apoteker og kan kun ses af yderen og af amtslige kvalitetskonsulenter ved benyttelse af en særlig kode [1].

Til støtte for interventionen udarbejdedes en patientvejledning og en personalevejledning. Lægens intervention bestod i:

- Udstedelse af telefonrecept på BD og CP ophørte.
- Der udstedtes kun recept ved konsultation.
- Der udstedtes medicin til højst en måneds forbrug.

Ved den månedlige konsultation blev det fremtidige behov drøftet, og en eventuel nedtrapning blev tilbudt.

Pressen blev underrettet om interventionen. Det medførte omtale af projektets formål og omfang i den lokale ugeavis sidst i december 2003 og i december 2004.

Inklusionskriterier: Alle brugere af BD og CP undtagen alvorligt fysisk og psykisk syge patienter indgik. Ved alvor-



Figur 1. I Danmark er der registreret 14 aktive lægemiddelstoffer inden for grupperne benzodiazepiner og cyclopyrroloner fordelt på 45 handelsnavne. Foto: BC Electronic, Thyborøn.

ligt fysisk syge forstås terminalpatienter og andre, hvor sygdommens karakter gjorde, at de medicinske ordinationer hovedsageligt blev foretaget fra specialafdelinger. Ved alvorligt psykisk syge forstås for det meste patienter, der følges af psykiatere. Storbrugere og patienter med tidligere mislykkede nedtrapningsforsøg var ikke automatisk undtaget, medmindre de på anden vis var omfattet af eksklusionskriterierne.

Der blev ikke ændret på de ekskluderede patienters behandling på baggrund af projektet. Sygesikringen i Ringkjøbing Amt havde ingen indvendinger mod det øgede konsultationsforbrug.

Faldet i ordinationerne blev udtrykt på samme måde: Antal DDD pr. 1.000 egne sikrede pr. kvartal opgjort i første kvartal af 2005 blev sammenlignet med gennemsnittet af antal DDD pr. 1.000 egne sikrede for de fire kvartaler i 2003. Faldet er således registreret over fem kvartaler. For at kunne sammenligne med resten af landet er der valgt køns- og aldersstandardiserede data.

Antallet, der er interverneret over for, er totalantallet af patienter, der har haft kontakt til praksis vedrørende BD og CP i den givne periode.

Som udgangspunkt accepteres et vist minimumsforbrug, f.eks. i størrelsesordenen diazepam 5 mg 25 stk. pr. år og zopiklon 7,5 mg 20 stk. pr. år. Patienter, der får ordinationer af denne størrelsesorden, regnes ikke for at være afhængige.

Opgørelsen over patienter, der er afvænnet, bygger på et vist subjektivt skøn, da der ikke er et års observationsperiode efter resultatopgørelsen.

### Resultater

Den procentvise reduktion for anxiolytika af benzodiazepin-gruppen (N05BA) var for praksis 1 56,4% og for praksis 2 51,4%. Udgangspunktet for reduktionen i praksis 2 var ca. 80% højere end i praksis 1. Det største fald i 1. kvartal 2004 sås i praksis 1 og var på 26%.

Forbruget af hypnotika af benzodiazepin-gruppen (N05CD) er ophørt i praksis 1 (Figur 2). I praksis 2 var der en restgruppe

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

**Figur 2.** Forbrug af beroligende medicin og sovemedicin i definerede døgnoser (DDD) pr. 1.000 af to praksis' egne sikrede patienter pr. kvartal, køns- og aldersstandardiseret. Grøn søjle markeret som 2003 er gennemsnittet af antal DDD pr. 1.000 egne sikrede patienter pr. kvartal i de fire kvartaler i 2003. Datagrundlaget er Ordiprax. BD = benzodiazepinderivater. CC = cyclopyrroloner.



på to patienter, der stadig fik denne form for sovemedicin i 1. kvartal 2005. Begge var alvorligt fysisk syge. Materialet var for lille til valid procentberegning.

Forbruget af hypnotika af cyclopyrrolongruppen (N05CF) faldt i praksis 1 med 77,8%. Reduktionen var mest markant det første halve år efter interventionens start. I Praksis 2 var faldet tilsvarende på 71%. Dette fald var mere jævnt fordelt over de fem kvartaler, interventionen har kørt over, men var af samme størrelsesorden.

Der blev i alt interverneret over for 108 patienter, heraf var 98 egentlige brugere og ti havde et minimalt tilladt forbrug (jf. materiale og metoder). Efter interventionen var der 50 egentlige brugere og 57 med et minimalt forbrug. En patient skiftede praksis. Langt de fleste af brugerne havde reduceret deres forbrug af BD og CP betydeligt.

Interventionen gav i de første tre måneder en øget arbejdsbyrde på 4-5 konsultationer pr. uge pr. 1.000 patienter. Senere faldt ydelsesantallet til ca. tre konsultationer pr. uge pr. 1.000 patienter. Opgørelsen bygger på lægernes egen registrering af det ekstra forbrug af konsultationer, som har fundet sted i forbindelse med projektet.

Efter kort tid blev der som hovedregel opnået konsensus med patienten om det videre forbrug. Der fraflyttede efter lægernes skøn 1-2 pr. 1.000 patienter på grund af projektet. Belastningen af hjemmeplejen blev ikke øget på grund af projektet. Der har været en henvisning til en praktiserende psykiater og en telefonisk henvendelse til distriktspsykiatrien.

Ingen patienter blev henvist til nedtrapping på sygehuset eller til Misbrugsafdelingen i Ringkjøbing Amt. Ingen patienter fik alvorlige bivirkninger. De forekommende bivirkninger

## VIDENSKAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

var hovedsagelig angst, uro og søvnløshed. Ingen suicidalimpulser kom til lægernes kendskab. Der har ikke været anvendt samtalerapi, og interventionen har ikke medført klagesager. Begge læger har opfattet projektet som meget mindre belastende end forventet.

### Diskussion

Hypnotika af benzodiazepingruppen har ikke været anvendt meget i de to praksis. Derimod har hypnotika af cyclopyrrolongruppen været anvendt hyppigt i begge praksis. I 2003 var de således på grænsen til at være blandt de 25% højst ordinerende praksis i Ringkjøbing Amt.

Det er begge lægers holdning, at raske mennesker ikke skal have medicin fra disse grupper i længere tid. Denne holdning er identisk med Sundhedsstyrelsens (Tabel 1). Holdningen har dog ikke før været ført konsekvent ud i livet. Der er blandt kollegaer ofte en opgivende holdning til at få løst problemet. Det er en udbredt opfattelse blandt praktiserende læger, at nedtrapning af vanedannende medicin er svært, at patienterne ikke er motiverede og at nedtrapning er en specialistopgave.

Det er selvfølgelig nødvendigt, inden lægen iværksætter en sådan intervention, at have erhvervet et vist kendskab til aftrapning af vanedannende medicin [13]. Det er ikke nødvendigt med den store psykoterapeutiske uddannelse, og et tilstrækkeligt faglige niveau kan opnås for de fleste praktiserende læger på få timer ved at læse lettilgængelig faglitteratur [9, 11, 13]. Det er derfor forfatterens mening, at de største hindringer for at få løst problemet med CP og BD er lægernes egne fordomme. Hvis disse kan brydes, er problemet halvt løst.

Kontakten med patienterne har været vellykket for personalet, da de har arbejdet efter skriftlig instruks og derved undgået lange og opslidende forhandlinger med patienterne. Patienternes reaktioner var overvejende positive, kun ganske få var utilfredse og kunne ikke forstå, at det også gjaldt dem, at de skulle møde op hver måned.

Kravet om fremmøde ved ordinationer synliggjorde en hel gruppe patienter, som lægerne ikke før havde haft deres opmærksomhed rettet imod. Mange i denne gruppe var overraskende positive over for nedtrapning, de var godt klar over problemet, men evnede ikke uden hjælp at ophøre med forbruget.

Det skønnes, at der på landsplan er ca. 100.000 BD-afhængige patienter [3]. Et problem af den størrelsesorden kan ikke afhjælpes af noget specialistsystem inden for en overskuelig tidshorisont. Det er således bydende nødvendigt, at man i almen praksis påtager sig opgaven og løser den.

Der er selvfølgelig praksis, der har andre forhold end dem i Thyborøn, og det kan måske være hensigtsmæssigt med en opdeling af patienterne for at opnå en glidende start for lægen. Dette kunne ske ved, at man den første måned tog patienter med fødselsdato 1.-10., den anden måned patienter med fødselsdato 11.-20. og så fremdeles.

I starten af projektet var det øgede konsultationstal opgjort til 4-5 konsultationer pr. 1.000 tilmeldte patienter, og efter fem kvartaler var det faldet til tre. Resultatet skal ses på baggrund af, at ca. en tredjedel af patienterne blev inkluderet i sidste kvartal. Der må forventes et yderligere fald i konsultationsantallet, efterhånden som projektet skrider frem, og flere patienter bliver nedtrappet.

For at kunne sammenligne resultaterne fra Thyborøn med resten af landet anvendtes de køns- og aldersstandardiserede resultater fra Ordiprax. Validiteten af data fra Ordiprax er afhængig af den omhu, som knytter sig til de enkelte led - lægens udfyldelse af recepten og ekspeditionen på apoteket. Den hyppigste fejl, der forekom, var fejlregistrering af ydernummer - på landsplan i gennemsnit ca. 4%. Det er dog forfatterens indtryk, at fejlregistrering i dette projekt er negligabel, idet der tale om så klare resultater, at en fejl på 4% ikke vil forrykke budskabet.

I Praksisområdet er det kutyme, at man underretter kollegaer om udskrivelse af lægemidler i vakanceperioder. Det var målet med de månedlige konsultationer at tilstræbe, at dette ikke blev nødvendigt. Der kom i perioden ganske få recepter fra nabopraksis. Det skal dog tilføjes, at det ikke indgår i Ordiprax-opgørelsen, når de to praksis måtte udstede recept til passantpatienter. Det kan dog ikke udelukkes, at en praksis uden for lokalområdet kunne have udstedt medicin til de to praksis' patienter. Det skønnes kun at være sket i meget begrænset omfang.

Det er erfaringen fra Thyborøn, at det er særdeles vigtigt som minimum at fastholde det månedlige fremmøde. Fastholdes dette, vil de fleste patienter være motiveret til aftrapning efter få måneder. Det kan dog stadig diskuteres, om der kan tillades et vist minimalt forbrug af de pågældende stoffer, og hvor stort det må være.

### Konklusion

Forfatterne anser resultaterne for at være generaliserbare til andre praksis, da interventionens virkemidler er enkle og ikke kræver den store efteruddannelse. Forbruget af menneskelige og tidsmæssige resurser for den praktiserende læge er ikke større, end at det kan indpasses i en almindelig praktiserende læges hverdag. Som indgang til problemløsningen anbefales det, at udstedelse af telefonrecepter på BD og CP ophører. Det anbefales ligeledes, at man ved de følgende konsultationer kun udsteder recept til en måneds forbrug. Dette vil tvinge patienten og lægen til at tænke på, om det er hensigtsmæssigt at fortsætte forbruget, eller om der skal iværksættes en nedtrapning.

Korrespondance: *Viggo Rask Kragh Jørgensen*, Ærovej 1b, DK-7680 Thyborøn. E-mail: VKJ@DADLNET.DK

Antaget: 21. februar  
Interessekonflikter: Alle forfatterne er ansat ved Medicinenheden i Ringkjøbing Amt.

## VIDENS KAB OG PRAKSIS | ORIGINAL MEDDELELSE

Taksigelse: Tak til praktiserende læge *Hans Holmsgaard*, Thyborøn, for samarbejdet og for at stille sit materiale til rådighed. Tak til embedslæge *Børge Sommer*, Ringkjøbing Amt, for vejledning og inspiration.

## Litteratur

1. Lægemedelstyrelsen. Institut for Rationel Farmakoterapi. Juni 2005. [www.ordiprax.dk](http://www.ordiprax.dk)
2. Methling I. Lægerne får kort frist til at bremse op. *Politiken* 31. december 2003.
3. Stevnhøj AL. Husmorpillen på den sorte liste. *Ugeskr Læger* 2004;166:668.
4. Methling I. Stadig for mange danskere på nervepiller. *Politiken* 31. december 2004.
5. Rasmussen LL. Deres rådgivere er for hvidskurede, hr. minister. *Ugeskr Læger* 2004;166:501.
6. Methling I. Kampagne mod nerve- og sovepiller virker ikke. *Politiken* 8. juni 2005.
7. Ringkjøbing Amt. Væk med vanedannede medicin. Vejledning for praktiserende læger. Ringkjøbing Amt, 2003.
8. Bitsch-Christensen M. Danmark på nervepiller. *Ugeskr Læger* 2003;165:966.
9. Ashton CH. Benzodiazepines: How they work and how to withdraw. The Ashton manual. Newcastle: University of Newcastle, School of Neurosciences, Division of Psychiatry, 2002.
10. Frydenlund J. Benzodiazepiner og beslægtede stoffer. <http://benzoinfo.dk/jf/benslegt.htm/maj2005>.
11. Lægemedelstyrelsen. Benzodiazepiner i almen praksis. 1. udgave. København: Lægemedelstyrelsen, 2004.
12. Lægemedelstyrelsen. Pas på med benzodiazepiner. [www.medicinmedfornuft.dk/juni2005](http://www.medicinmedfornuft.dk/juni2005).
13. Jørgensen VRK. Benzodiazepinaftrapning i praksis. *Månedsskr Prakt Læger* 2006;84:333-9.

# Implementering af kliniske vejledninger i almen praksis

## Effekten af journal-audit og efteruddannelse på behandlingen af kardiovaskulære risikofaktorer hos patienter med og uden type 2-diabetes mellitus

Professor Sten Madsbad, overlæge Mogens Lytken Larsen, speciallæge i almen medicin Haagen F. Adeler, projektleder Marianne Kryhlmand & medicinsk rådgiver Mogens Westergaard

H:S Hvidovre Hospital, Endokrinologisk Afdeling, Århus Universitetshospital, Århus Sygehus, Kardiologisk Afdeling, Almen praksis, Aarhus, og Pfizer Aps. Danmark

## Resume

**Introduktion:** Hvordan kliniske vejledninger med henblik på forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom og hvordan behandling af type 2-diabetes er implementeret, er kun sporadisk beskrevet.

**Materiale og metoder:** I 2002 inkluderede 182 praktiserende læger 3.555 patienter, der havde arteriel hypertension og/eller dyslipidæmi eller type 2-diabetes i mindst seks måneder, men ikke havde nogen erkendt hjerte-kar-sygdom. Ved den anden dataindsamling i 2003 blev der af 170 læger inkluderet 3.023 patienter. Mellem de to dataindsamlinger blev de praktiserende læger vejledt ved tilbagemelding på egne data, workshopper og møder med undervisning af specialister.

**Resultater:** Henholdsvis 39% og 47% af patienterne kunne risikostratificeres for hjerte-kar-sygdom ved første og anden tværsnitundersøgelse. Blandt patienterne med diabetes havde henholdsvis 31% og 34% en glykeret hæmoglobin (HbA<sub>1c</sub>)-værdi <6,5% (p: nonsignifikant), og 15% og 23% havde et fasteblodglukose <6 mmol/l ved henholdsvis første og anden undersøgelse. Det systoliske blodtryk var under 140 mmHg hos henholdsvis 26% og

38% af ikkediabetikerne, og under 130 mmHg hos 16% og 22% af diabetikerne ved de to undersøgelser. Henholdsvis 22% og 36% af ikkediabetikerne og 36% og 52% af diabetikerne havde lavdensitetslipoprotein-kolesterol <3 mmol/l, ved de to undersøgelser. En statistisk signifikant større procentdel af patienterne havde opnået de rekommanderede behandlingsmål, bortset fra for HbA<sub>1c</sub>, ved den anden dataindsamling.

**Konklusion:** Et mindretal af patienterne opnåede de rekommanderede behandlingsmål for hypertension, dyslipidæmi og metabolisk kontrol. *Journal-audit* med efteruddannelse forbedrer behandlingen af hypertension, dyslipidæmi og glykæmisk kontrol hos patienter med og uden type 2-diabetes.

Gennem de senere år har man i Dansk selskab for almen medicin (DSAM) og andre videnskabelige selskaber udarbejdet kliniske vejledninger med henblik på forebyggelse af iskæmisk hjertesygdom og behandling af type 2-diabetes [1-5]. Vejledninger tager udgangspunkt i forskellige patientgrupper, der har stor risiko for at få iskæmisk hjertesygdom. Det gælder således patienter med hypertension, lipidforstyrrelser og type 2-diabetes [1-5]. Hvordan disse vejledninger er implementeret i den daglige kliniske praksis, er kun sporadisk beskrevet [6-11]. Resultaterne af udenlandske undersøgelser tyder på, at kun få patienter opnår de behandlingsmæssige mål i almen praksis [12-14]. Formålet med studiet var derfor