

# Håndtering af medicinafhængighed

Jens Frydenlund Nielsen & Birgit Toft

*I Region Midtjylland har man i flere år med succes arbejdet med mange strategier for at reducere benzodiazepinforbruget. Her er en spændende artikel om aktiviteter i to tolvmandsgrupper med diskussion og supervision.*

Nedtrapning af patienter i behandling med afhængighedsskabende medicin, f.eks. benzodiazepiner og benzodiazepinlignende stoffer (BD), har været et gennemgående tema i Medicinenheden i det tidligere Ringkjøbing Amt og nu i Region Midtjylland.

Forskellige indsatser har været i gang i flere år, bl.a. praksisbesøg, audit (1), undervisning og samarbejde med apotek (2). Alle indsatser har virket og således også den indsats, som her beskrives – supervision og samtidig feedback på ordinationer – et samarbejde mellem to grupper af praktiserende læger samt en psykiater og en farmaceut.

Et langvarigt forbrug af BD har ofte alvorlige konsekvenser for patientens fysiske, psykiske og kognitive tilstand (3), og Lægemiddelstyrelsen har i juni 2008 revideret det tidligere cirkulære, så der nu gælder strammere regler for brugere, der samtidig kører bil (4).

I 2003 blev folderen »Væk med vane-dannende medicin« udgivet og sendt ud til alle lægepraksis i det tidligere Ringkjøbing Amt (5). Efterfølgende blev der iværksat forskellige initiativer, der alle havde fokus på receptfornyelse og den praktiserende læges holdning og adfærd over for patienter med afhængighedsproblemer (6, 7). Gennem praksisbesøg blev det erkendt, at mange læger ikke besad den fornødne motivation til at tage fat på nedtrapning og ej heller havde den nød-



#### BIOGRAFI:

Jens Frydenlund Nielsen er cand. med., speciallæge i psykiatri og overlæge ved Psykiatrisk Afdeling på Helsingør Hospital.



Birgit Toft er cand.pharm., ph.d. og kvalitetsudviklingskonsulent ved Region Midtjylland, Primær Sundhed, Holstebro.

#### BIRGIT TOFTS ADRESSE:

Region Midtjylland, Lægårdvej 12,  
7500 Holstebro. E-mail: birgit.toft@stab.rm.dk

vendige viden om afhængighed, hvad den gør ved patienten, og hvad den især gør ved lægen. Ydermere blev det klart, at der var stor forskel på de enkelte lægers ordination af BD, og at mange læger ikke kendte omfanget af deres egne ordinationer. Hovedparten af recepter på BD blev forberedt af sekretæren og efterfølgende godkendt på computeren af lægen. I flermandspraksis skiftedes lægerne til at godkende recepter, som sekretærerne havde forberedt. Det medførte, at lægerne ofte måtte godkende recepter uden at kende andre lægers patienter.

De enkelte praksis havde ingen skriftlige, men uformelle aftaler om fornyelse af recepter på vanedannende medicin, men fælles for alle var, at sekretærerne uanset aftaler stod for fornyelse af recepter til patienter, der en gang havde fået BD, når bare »tiden« var overholdt. Og »tiden« var som regel pilleglassets indhold af tabletter sammenholdt med doseringen. Det var i mange tilfælde en glidebane med kortere og kortere afstand mellem receptfornyelserne eller flere tabletter eller højere styrke pr. gang. Derfor fik mange patienter store doser og havnede i kategorien iatrogen medicinafhængighed.

Flere årsager til manglende kvalitet i ordination af medicin er dokumenteret af Eriksson et al (8) og gennem det store landsdækkende APO-projekt, som også det tidligere Ringkjøbing Amt deltog i (1). Her begrundes kvalitetsbrist med bl.a. uorden i medicinmodulet, travlhed og manglende instrukser.

### **Gruppen »Det gode grin«**

En gruppe alment praktiserende læger, der udgjorde en efteruddannelsesgruppe

med det højstemte navn »Det gode grin«, efterspurgte i 2002 mere intensiv undervisning om afhængighedsproblematikken. Gruppens medlemmer havde forud enkeltvis modtaget praksisbesøg af amtets lægemiddelkonsulent, og de havde nu fået den ide, at de som gruppe gerne ville arbejde med deres ordinationsadfærd, idet alle følte dårlig samvittighed og gerne ville forbedre deres praksis om ordination af vanedannende medicin. Ideen om supervision og feedback på ordinationsadfærd blev foreslået, og gruppen havde sit første møde i februar 2003. Lægerne blev superviseret på patientcases af en psykiater og fik feedback på ordination af BD af en farmaceut. Gruppen havde som efteruddannelsesgruppe kendt hinanden i flere år. Der var derfor stor tillid internt i gruppen, og tilliden til både psykiater og farmaceut var også i orden. Alle ni læger i gruppen deltog til en begyndelse, men efter et par møder trak en af lægerne sig ud uden egentlig begrundelse.

Gruppen mødtes tre timer hvert kvartal i de første to år, og herefter har gruppen været samlet hvert halve år i fire timer pr. gang. Amtet og nu regionen har betalt omkostningerne til psykiateren og farmaceuten, mens lægerne har deltaget for egen regning. Den sidste supervision blev givet i foråret 2008 – ca. fem år efter start.

### **Gruppen DG22**

Da »Det gode grin« havde været i gang i godt to år og var begejstret for forløbet, opstod tanken at etablere endnu en gruppe, men denne gang som et åbent tilbud til lægerne i en større provinsby. Der meldte sig ti læger til det første møde, som foregik i august 2005; heriblandt en,

der havde overtaget en praksis med mange misbrugere (adressen kom til at lægge navn til gruppen, DG22). En anden læge havde trods gode intentioner den første nedtrapningssamtale til gode. Han kunne ikke »sælge varen« eller »sælge budskabet«, som han sagde – han var låst fat i en antagelse om, at patienten skulle »købe den vare«, som han ikke kunne sælge. Han blev ud over supervisionen tilbudt at samarbejde med det lokale apotek, hvor hans patienter efter henvisning fra ham kunne komme til en samtale om afhængighed og den praktiske fremgangsmåde i en nedtrapning. Patienterne tog godt imod tilbuddet, og lægen fik vendt sin passive tilgang til en mere aktiv indsats (2).

Gruppen var ustabil pga. travlhed, men også pga. at et par læger ret hurtigt meldte sig ud, fordi de havde fået den nødvendige ballast til at gå i gang med nedtrapning – de følte ikke behov for at være med mere. Gruppen har således haft en fast kerne af 5–6 læger, der mødtes hvert kvartal i tre timer. Den sidste supervision blev givet i juni 2008 – ca. 2½ år efter start.

### Supervisionen

Den kognitive supervision blev givet på patientcases, som de enkelte læger medbragte. Supervisanden fremlagde sin case, og efter tur og orden fortalte de øvrige deltagere, hvilke tanker og associationer der vakttes til live, når de hørte kollegaens historie – uden at vurdere, bedømme, fortolke og give råd. Efter at hver enkelt læge havde udtrykt sig, gik ordet tilbage til supervisanden, som reflekterede over og sammenfattede, hvad han/hun havde hørt i kollegaernes runde.

Metoden tager sigte på, at den enkelte læge får en større erkendelse af og kendskab til egne reaktioner gennem refleksion over feedback fra kollegaer og supervisor. Denne erkendelse og selvindsigt medfører en ny og visionær måde at møde den medicinafhængige patient på.

### Feedback på udskrivning af benzodiazepinlignende stoffer

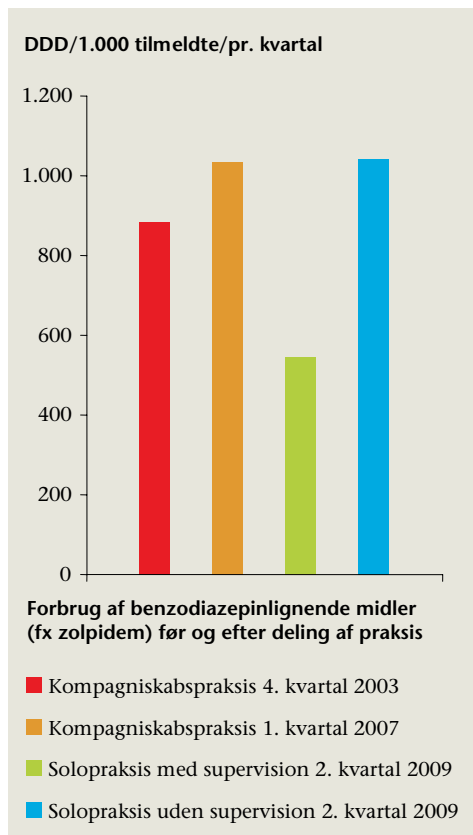
Grupperne blev på hvert møde præsenteret for de sidste nye ordinationstal på BD fra Lægemiddelstyrelsens statistik på internettet (9) for de enkelte ydere. Den enkelte læges ordinationer er ikke tilgængelige, da alle ordinationer bliver registreret på lægeklinikkens ydernummer. Det er derfor ikke en direkte feedback til den enkelte læge, men til lægens praksis. Alle læger i »Det gode grin« var fra flermandspraksis bortset fra den solopraktiserende læge, der meldte sig ud efter få gange. To ud af otte læger i DG22 er i kompagniskab eller i samarbejdspraksis. Det er derfor ikke den enkelte læges ordinationer, men hele praksis' samlede ordinationer, der gives feedback på.

### Hvad skete der?

Gennem efterhånden ca. 20 supervisioner er det muligt at inddampe indholdet af alle samtalerne til et antal overskrifter eller temaer, som i særlig grad har præget et stort antal supervisioner.

### Frustration

De første supervisioner var præget af begejstring og frustration på samme tid. Begejstring over endelig at blive »mødt« og lyttet til i nogle vanskelige patientmøder og samtidig en frustration over, at der ikke var tegn at spore på nedgang i ordi-



Figur 1. En tomandspraksis deler sig i to solopraksis i foråret 2007. Den ene læge har deltaget i supervision, men uden effekt på praksis' forbrug. Effekten af supervisionen ses først, da praksis bliver delt. Sidste ordinationer i tomandspraksis er 1. kvartal 2007. Praksis bliver delt umiddelbart herefter.

nationer på ordiprax-kurverne. Lægerne arbejdede med de enkelte konsultationer i deres cases og kunne fortælle om gode fremskridt ved de efterfølgende patient-kontakter. Derfor var deres forundring stor, når tallene over forbruget ikke rokkede sig.

Lægerne fokuserede udelukkende på møderne med patienterne og havde først senere i forløbet fokus på den del af det daglige arbejde, der udløser langt de fleste

Først da feedbacken på ordinationerne blev dirigeret over på den generelle håndtering af recepter, skete der noget. De fleste læger måtte hjem i deres praksis og snakke med de andre læger og sekretærene om de daglige rutiner.

#### Boks 1.

»Jeg undrer mig over, at det er så svært at sige ‚nej‘, når patienterne beder om vanedannende medicin. Vi er bange for at møde afvisning fra patienten. Hvis nu patienten flytter?«

»Det er tanker og følelser om nedtrapningen, der fylder – ikke selve nedtrapningen. Angsten for, at det ikke går.«

»Misbrugere er gode til at misbruge – også lægerne.«

#### Boks 2.

recepter – nemlig receptfornyelserne gennem telefonen, som sekretærene tager sig af (Boks 1).

Det bidrog til frustrationen, at der i nogle lægehuse hos kollegaerne var en afvisning af, at afhængighed overhovedet var et problem. En tomandspraksis, hvoraf den ene læge deltog i supervisionen, blev under forløbet delt i to solopraksis. Der var blandt de to læger forskellig opfattelse af, hvordan håndteringen af benzoproblematikken skulle foregå (Figur 1).

Frustrationen over de endnu ikke nedgående ordiprax-kurver blev efter nogle seancer afløst af en begejstring, for nu havde kurverne en kraftig retning nedad.

#### Erkendelse

Supervisionerne har ændret lægernes holdninger til arbejdet med afhængighedsskabende lægemidler. Især oplever

»Vi har brug for noget at sætte i stedet – det skaber tillid at give medicin.«

»Vores måde at godkende recepter på er for let.«

»Der mangler samarbejde – 3 æsler trækker i hver sin retning – hvor er de andre behandlere henne?«

»Hvilken hjælp yder vi patienterne ved at blive ved med at gøre det, vi hidtil har gjort?«

»Lægen har en skrækkelig stor rolle i det her.«

»Vi vinder respekten efter et nedtrapningsforløb.«

»Vi skal gøre mindre af det med medicinen og mere samtale i stedet for.«

»Min måde at forberede mig på er for dårlig – jeg skal være bedre til at forberede mig på mødet og skabe øjenkontakt!«

#### Boks 3.

1: »Jeg lader mig overtale – som om jeg er en del af hendes netværk.«

2: »Jeg kunne godt bruge et trusselsbrev fra embedslægen.«

3: »Patienten er så sød, at jeg har svært ved at tage problemet op.«

4: »Hvis jeg havde fået mere skoling i det her, havde jeg skrevet mindre Alopam ud.«

5: »Man har ondt af patienterne og giver efter.«

#### Boks 4.

de, at de har fået hjælp til at håndtere en vanskelig patientgruppe, som de har følt sig magtesløse over for.

Selvindsigten har været den store åbenbaring: At lægerne gennem årene og gennem deres adfærd havde gjort sig selv til problemet og dermed også indset, at løsning af problemet måtte gå gennem adfærdsendring og ændring af forvent-

ning om den forestående konsultation (Boks 2 og Boks 3).

Lægerne oplevede, at når den første samtale havde fundet sted, var det pludselig nemmere at tage den næste. Der var altså en forestilling om, at det var sværere at gennemføre en nedtrapningssamtale, end det rent faktisk var i virkeligheden. Dette er også vist blandt en gruppe læger i Lemvig, som opdagede, at det var lettere at nedtrappe patienter, end de havde forventet (10).

Supervisionen har sat sit spor i ordinationerne. Der har gennem flere år generelt været fokus på nedtrapning i det tidligere Ringkjøbing Amt og nu Region Midtjylland, så supervisionen har ikke været alene om at holde lægerne på dydens smalle sti. Den generelle indsats, som bl.a. bestod i undervisning af samtlige praksis (11), har også medvirket til at fremme det gode budskab.

### Temaerne

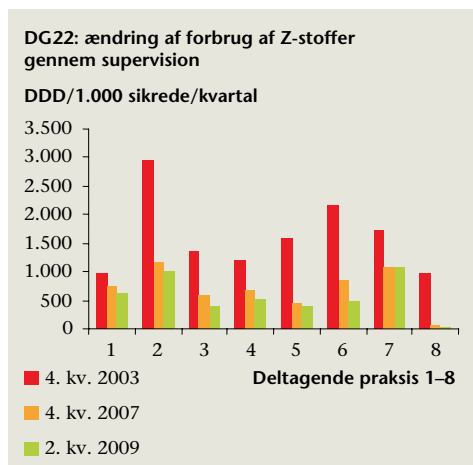
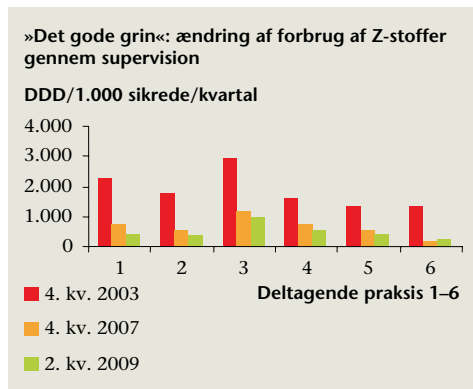
Hovedparten af patientcasene har drejet sig om patienter, som lægerne har haft et anstrengt forhold til, f.eks. en tæt alliance, som det har været vanskeligt at bryde (Boks 4, case 1).

Det har været alkoholikeren, som har haft den praktiserende læge som medafhængig (Boks 4, case 2).

Det har været den pæne ældre dame, der altid og uden anmærkninger har fået sine »stesøer« i årevis (Boks 4, case 3).

Det har været den appellerende, vedholdende patient, der har givet lægen dårlig samvittighed (Boks 4, case 4).

Det har været de gamle, langvarigt afhængige på plejehjem, og det har været patienter, der er begyndt deres afhængighed gennem en normal livskrise. Mange



Figur 2. Resultat af nedtrapning af patienter, hvor lægerne har modtaget supervision.

patienter er »arvede« fra den gamle praksis, og atter andre er patienter, der prøver lykken hos endnu en ny praksis (Boks 4, case 5).

Fælles for alle patienter er, at lægen i for lang tid har følt sig ukampdygtig pga. manglende viden og erfaring, og måske især pga. af et tidsbestemt selvvalgt eksil i ly af sekretæren. Han har ladet spillet køre med sekretæren som omdrejningspunkt og udtalte spilleregler. En gang imellem er han så kommet ud til sidelinjen, hvor han har hævet det gule kort og i sjældne tilfælde det røde kort.

**Det virker**

Resultaterne af supervisionsgruppernes indsats ses i Figur 2. Til sammenligning skal nævnes, at landets samlede forbrug af Z-stoffer/benzodiazepinlignende stoffer har ligget omkring 1.800 definerede døgn-doser (DDD)/1.000 sikrede/kvartal indtil begyndelsen af 2008, hvorefter forbruget for alvor har været dalende og nu udgør ca. 1.400 DDD/1.000 borgere/kvartal (Figur 3).

Da den sidste supervision blev givet i forår og forsommer 2008 for begge grupper, er det interessant at se, at forbruget af Z-stofferne i de fleste praksis fortsætter med at falde (Figur 2). Denne tendens gælder også de øvrige lægemidler, beroli-

»Hvad er vores rygte?«

»Hvordan er det kommet så langt – og hvordan kan man undgå at komme derhen?«

»Hvordan er det, vi administrerer vores enorme hjælpergen? I vores iver efter at hjælpe gør vi måske det forkerte? Vi giver dem afhængighed i stedet for«

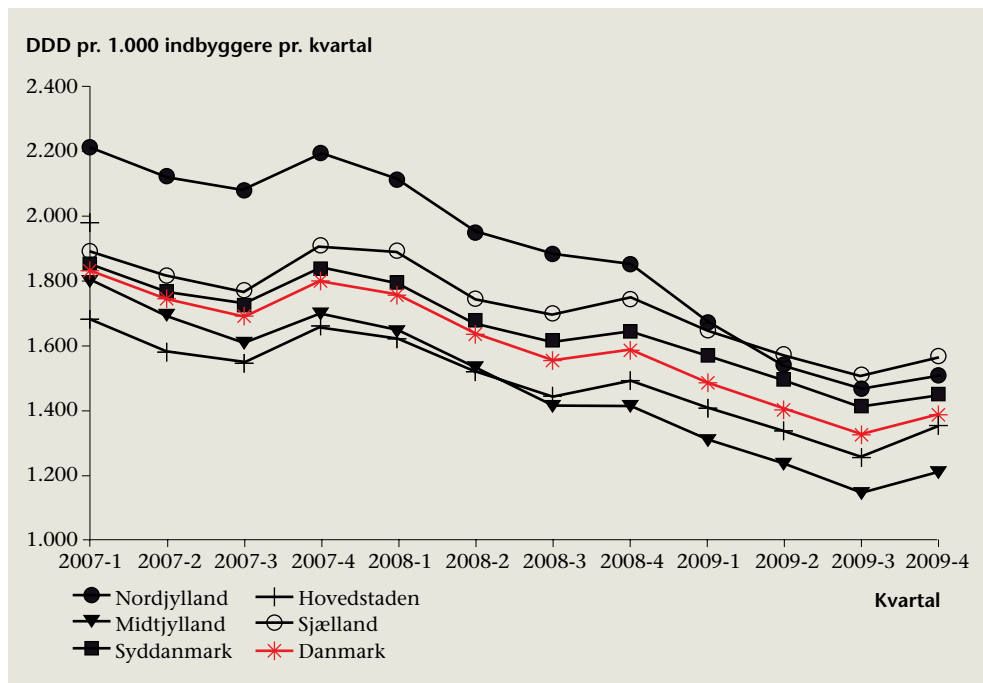
»Nu er vores konsultation helt anderledes.«

»Vi har fået styrke til at sige nej.«

Boks 5.

»Jeg har i sidste uge haft slutsamtale med en ældre kvinde, som har fået benzoer gennem næsten 40 år. Hun har slået sig i tøjet i de mange måneder, udtrapningen har varet, og det har været voldsomt for hende og familien at skulle stå med angsten for, hvad der ville ske, når den sidste kvarte Stesolid blev taget væk. Hun sagde: »Bare der var en, der havde taget min kasket af for mange år siden«. Hun har haft trykken i hovedet i alle årene, og nu er det væk som dug for solen.«

Boks 6.



Figur 3. Benzodiazepinlignende sovemidler (N05CF), alle regioner.

gende benzodiazepiner og sovemidler af benzodiazepintypen, som også har været omfattet af indsatsen.

### Refleksion

Gennem de mange supervisioner har vi forsøgt at lytte til og forstå, hvad det er for situationer, som lægerne ser sig placeret i. Det kommer til udtryk gennem deres fortalte cases, gennem deres refleksioner over de cases, som kollegaerne lægger frem, og ikke mindst gennem deres refleksion over kollegaernes feedback på deres egne cases (Boks 5).

### Konklusion

Afslutningsvis får patienten gennem sin læge det sidste ord – en udtalelse, som vi har hørt i mange variationer gennem de snart mange år, som indsatsen mod

overforbrug af afhængighedsskabende medicin har løbet over (Boks 6).

Vor konklusion er kort: En målrettet indsats med brug af flere virkemidler gennem lang tid virker. Supervision, kollegialt fællesskab og vilje til reorganisering af arbejds gange er centrale virkemidler.

#### Økonomiske interessekonflikter:

ingen angivet.

#### Taksigelse:

Tak til alle deltagerne i »Det gode grin« og i »DG22«.

#### LITTERATUR

1. Damsgaard J, Hansen DG, Søby M. Recepten. Kvalitetsforbedring af receptfornyelsen – et APO-projekt. Practicus 2005;29:44–5.

2. Toft B, Høyberg B, Bendtsen NC. Dosisdispensering – en hjælp til nedtrapning af vanedannende medicin. *Månedsskr Prakt Lægegern* 2008;86:1307–15.
3. Ashton CH. Benzodiazepines: How they work & how to withdrawl. University of Newcastle, 2002. [www.benzo.org.uk/manual/index.htm](http://www.benzo.org.uk/manual/index.htm).
4. Vejledning om ordination af afhængigheds-skabende lægemidler. Sundhedsstyrelsens vejledning nr. 38 af 18. juni 2008. København: Sundhedsstyrelsen, 2008.
5. Væk med vanedannende medicin. Folder til praktiserende læger. Ringkjøbing Amt, 2003.
6. Toft B. Lægemidler og adfærd. Væk med receptfornyelse og vanedannende medicin. *Ugeskr Læger* 2006;168:403–4.
7. Toft, B. Lægemidler og adfærd 2. Hvor svært kan det være? *Ugeskr Læger* 2008;170:466–7.
8. Eriksson T, Thorsen T og Jensen JB. Receptfornyelse i almen praksis. *Månedsskr Prakt Lægegern* 2003;81:1713–25.
9. Lægemiddelstyrelsens statistik præsenteret grafisk for hver yder. [www.ordiprax.dk](http://www.ordiprax.dk).
10. Jørgensen VRK. An approach to reduce benzodiazepiner and cyclopyrrolone use in general practice. A study based on a Danish population. *CNS Drugs* 2007;21:947–55.
11. Jørgensen VKR, Toft BS, Fogh MS. Reduktion af vanedannende medicin i praksis! *Ugeskr Læger* 2006;168:1636–40.