

Utposten publiserer artikkelserien under denne fellesbetegnelsen. Vi ønsker å sette søkelys på felter av allmennmedisinen som kan virke vanskelige, uklare og diffuse, og som man kanskje ikke lærte så mye om på doktorskolen, men som vi stadig konfronteres med i vår arbeidshverdag. Redaksjonen ønsker også innspill fra leserne.

Forskrivning av B-preparater blant fastleger i Trondheim

■ TORGEIR FJERMESTAD

Ranheim legesenter, Trondheim

■ JAN KÅRE JØSOK

Enhet for service og internkontroll, Trondheim kommune

■ HELGE GARÅSEN

Kommunaldirektør Avd. helse og velferd, Trondheim kommune

SAMMENDRAG

Bakgrunn

Fastlegene forskriver størstedelen av det totale volum B-preparater, og det er store forskjeller blant legene i forskrivningen. Eldre mennesker og kvinner bruker mer B-preparater, og man vet lite om hvordan alders- og kjønnsammensetning på fastlegens liste påvirker legens forskrivningspraksis.

Materiale og metode

Med skriftlig samtykke fra fastlegene ble det fra Reseptregisteret hentet ut all forskrivning av B-preparater i en tre måneders periode i 2008. Fra NAV fikk vi legenes listestørrelse med alders- og kjønnsammensetning. Ut fra dette beregnet vi en justert forskrivning, som gjenspeiler legenes forskrivning hvis listepopulasjonen er fordelt lik alders- og kjønnsfordelingen i den norske befolkningen. I tillegg ble det justert for listelengde.

Resultater

Det var store forskjeller i volumet på legenes forskrivninger, målt i DDD. Med vår justering ble spredningen klart redusert. For en del av legene ga justeringen et helt annet bilde av forskrivningen, idet noen med høy faktisk forskrivning ikke forskrev mer enn gjennomsnittet, mens noen med lav faktisk forskrivning var storforskrivere.

Fortolkning

Når kliniske data som forskrivning skal vurderes for hver enkelt lege, er det viktig å korrigere for legens listestørrelse samt alders- og kjønnsfordeling på listen.

Mesteparten av B-preparater i Norge forskrives av fastleger.

Et kvalitetsforbedringsprosjekt i Trondheim gav fastlegene mulighet til å sammenlikne egen forskrivningspraksis med andres. Prosjektet understreket også at når kliniske data skal vurderes for hver enkelt fastlege, er det viktig å korrigere for legens listestørrelse så vel som listens alders- og kjønnsfordeling.

Fastlegene forskriver den største andelen av vanedannende medikamenter i Norge. Kjosaviks studie (1) viste at fastlegene forskriver 70 prosent av all anxiolytika og 82 prosent av all hypnotika i Norge. Det er stor variasjon mellom fastlegene i omfanget av forskrivning av vanedannende medikamenter (2–4), samt i holdninger til forskrivning (5). Det er også store forskjeller på bruk av B-preparater i befolkningen ved at 65 prosent av brukerne er kvinner (6), og ca. 60 prosent av volumet brukes av personer over 60 år (TABELL 1).

TABELL 1. Nasjonalt forbruk av B-preparater etter alder og kjønn i 2009 (7).

| ALDERSGRUPPE | MENN. DDD/ÅR | KVINNER. DDD/ÅR |
|--------------|--------------|-----------------|
| 0–19 år | <1 | <1 |
| 20–39 år | 9 | 11 |
| 40–49 år | 22 | 31 |
| 50–59 år | 31 | 51 |
| 60–69 år | 37 | 65 |
| 70–99 år | 51 | 90 |
| 80–89 år | 71 | 113 |
| 90–99 år | 90 | 104 |

Nasjonale helsemyndigheter har bl.a. gjennom publisering av veiledere lenge prioritert arbeidet for riktig bruk av vanedannende medikamenter, og siste reviderte versjon av veilederen kom i 2014 (8). Internasjonalt har det også vært fokus på riktig bruk av vanedannende medikamenter (9, 10).

Fastlegene har i dag små muligheter til å få kjennskap til om de forskriver mye eller lite B-preparater, fordi de ikke vet hvordan egen praksis er sammenlignet med andre. Når fastlegene får slik kjennskap, vil dette kunne gi bedre forutsetninger for kritisk refleksjon over egen praksis. Men for at en slik sammenligning skal være reell, er det nødvendig å justere for legens listelengde, samt alders- og kjønnsammensetning på listen.

Formålet med denne studien var å få informasjon om den enkelte fastleges forskrivning av B-preparater for å fremskaffe en reell mulighet for den enkelte lege å vurdere sin egen forskrivningspraksis sett i forhold til øvrige fastleger i kommunen. Studien er gjennomført av Trondheim kommune, som i mange år har arbeidet for riktig bruk av legemidler, gjennom bl.a. en egen legemiddelkomité fra 1990-tallet, innføring av multidose fra 2006 (11) og ansettelse av egen kommunefarmasøyt fra 2009.

Parater neim

Innhenting av data

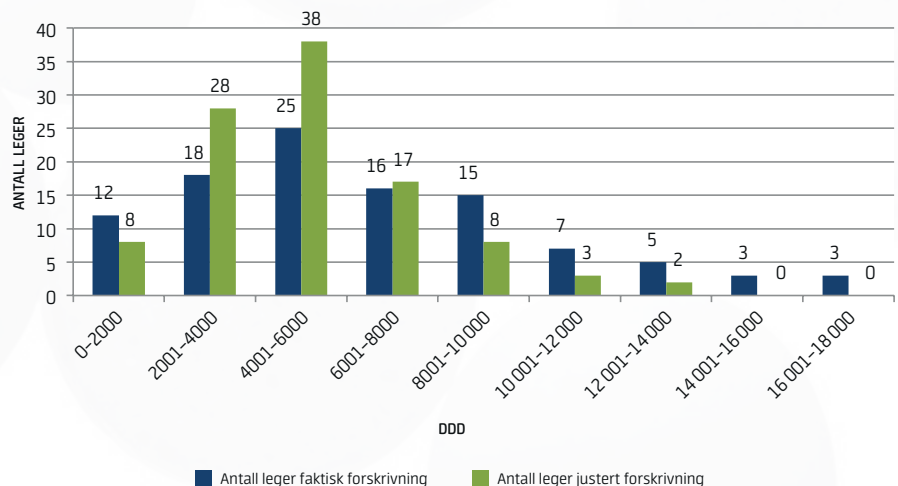
Studien ble påbegynt i 2008 som et ledd i kvalitetssikringen av fastlegevirksomheten i Trondheim, og alle kommunens 133 fastleger ble invitert. Vi fikk skriftlig samtykke fra 117 av fastlegene om å delta. Da noen sluttet i sin praksis og noen hadde vikar, ble det endelige utvalget 105. Fra Datatilsynet fikk vi bekreftet at denne type undersøkelse ikke trengte noen søknad om konsesjon. Det ble heller ikke vurdert som nødvendig å søke REK om godkjenning da dette var en kvalitetssikringsstudie basert på offentlige registre.

I forespørselen til fastlegene om deltagelse ble det presentert følgende:

- Resultatene skal brukes i kvalitetssikring og skal ikke kunne brukes av tilsynsmyndigheter i for eksempel kontrollmessig sammenheng.
- Hver lege får presentert sin egen forskrivningsprofil, alle andre legers data er anonymisert.
- Bare én navngitt forsker har tilgang til ikke-anonymisert datauttrekk.
- Hver enkelt lege har full kontroll over hvorvidt egen forskrivning gjøres kjent for andre.

Følgende data ble hentet via fil fra Reseptregisteret: Alle ordinasjoner (dvs. utleveringer fra apotek) av B-preparater i tiden 1.9. til 30.11. 2008. Uttrekket var basert på ATC-koder med antall ordinasjoner for hver ATC-gruppe og definerte døgndoser (DDD) for hver ordinasjon.

Pasientens fødselsår og kjønn var knyttet til hver ordinasjon. Da kan følgende beregnes pr. lege:



FIGUR 1. Fordeling av faktisk og justert forskrivning av B-preparater i DDD.

- 1 Totalt antall forskrevne DDD for alle B-preparater hver for seg og samlet.
- 2 Antall ordinasjoner av B-preparater.
- 3 Total forskrivning i DDD av B-preparater fordelt på pasientenes alder og kjønn.
- 4 Gjennomsnittlig antall DDD pr. forskrevet B-ordinasjon.

Fra NAV ble det innhentet opplysninger om fastlegenes listelengde, samt alders- og kjønnsfordeling på hver leges pasientliste. Videre registrerte vi legens alder, kjønn, antall år i allmennpraksis og hvorvidt legen var spesialist i allmennmedisin.

Et vesentlig element i analysen var en alders- og kjønnsjustering av forskrivningen, samt justering i forhold til listelengden (12). Personer 0–19 år ble utelatt pga. svært lavt forbruk (TABELL 1). I forhold til listelengden valgte vi å justere ved å bereg-

ne forskrivningen pr. tusen på listen. Dette gjør at legenes forskrivning blir lettere sammenlignbar enn om man kun ser på forskrivning målt i DDD. Beregningene ble utført med Excel og statistikkpakken SPSS.

Resultater og justerte resultater

Det var stor variasjon i forskrivning av B-preparater blant fastlegene. Justert for pasientenes alder og kjønn, samt legens listelengde ble variasjonen betydelig redusert, men var fortsatt stor (FIGUR 1).

Justeringen viste videre at for noen leger utgjorde dette store forskjeller, ved at noen relativt sett forskrev et større volum mens andre forskrev mye lavere volum enn de ujusterte tallene viste. Tabell 2 viser et eksempel på hvor mye dette kan forandre seg: Lege A var blant de som forskrev størst

| LEGE | FAKTIISK FORSKREVET DDD | RANG | JUSTERT DDD | RANG |
|------|-------------------------|------|-------------|------|
| A | 13 748 | 7 | 5 043 | 53 |
| B | 4 048 | 74 | 7 836 | 14 |

TABELL 2. Eksempel på forskjell mellom faktisk og justert forskrivning i DDD.

| RANG FAKTIISK FORSKRIVNING N= 104 | ANTALL DDD | RANG JUSTERT FORSKRIVNING N= 104 |
|-----------------------------------|------------|----------------------------------|
| 1 | 16 343 | 3 |
| 2 | 16 221 | 1 |
| 3 | 16 178 | 21 |
| 4 | 15 254 | 25 |
| 5 | 14 209 | 24 |
| 6 | 14 178 | 27 |
| 7 | 13 748 | 53 |
| 8 | 12 732 | 4 |
| 9 | 12 272 | 18 |
| 10 | 12 029 | 13 |

TABELL 3. Rangering for de ti største forskrivningene før og etter justering av forskrivning.

DDD. Men justert for lang liste og et svært stort antall eldre på listen har vedkommende en justert forskrivning lik gjennomsnittet for fastleger i Trondheim, rangert som nr. 53 av 105. Lege B har et stort antall unge pasienter på listen og har en ikke-justert (faktisk) forskrivning på under en tredjedel i forhold til lege A. Men etter justering kom lege B ut som en klart større forskriver, rangert som nr. 14 av 105.

Tabell 3 viser hvordan justeringen påvirker rangeringen for de ti legene som forskrev størst antall faktiske DDD. Særlig de fem legene med rang tre til syv får langt lavere rang etter justering, altså et betydelig lavere justert forskrivningsvolum.

Mannlige leger forskrev et større volum B-preparater enn kvinnelige leger, og dette endret seg ikke ved å regne ut justerte tall.

Eldre leger forskrev mer B-preparater enn yngre og heller ikke dette endret seg med justerte tall. De legene som forskrev størst antall DDD, hadde samtidig også større mengder DDD pr. forskrivning.

Det var ikke mulig å påvise noen samvariasjon angående forskrivningsvolum for leger som jobber i samme gruppepraksis.

Diskusjon

Vi fant at det er store forskjeller i gruppen av fastleger i Trondheim angående volum av forskrivning av B-preparater. På gruppenivå ble disse forskjellene betydelig redusert når vi korrigerer pasientlistene på alders- og kjønnsfordeling og på listelengde. For noen leger innebar denne korrigeringen en stor

forskjell. Som også Dybwad et al har påvist (4), bekrefter vår studie at det er betydelig forskjell i fastlegers praksis angående forskrivning av B-preparater. Videre viser vi at sammenligninger som baserer seg utelukkende på forskrevet volum, ikke gir et godt nok forskrivningsbilde fordi fastlegene har ulike listelengder samt ulike alders- og kjønns sammensetning på sine lister.

Under fastlegforsøket i Trondheim i 1993–96 ble det gjort tre årlige registreringer over legenes forskrivning av B-preparater. Nesten alle legene deltok, og tilbakemelding ble gitt ved at hver lege fikk se egen forskrivning, rangert i forhold til hele legeguppen der alle andre var anonymisert. Denne tradisjonen, samt en veletablert samarbeidsrelasjon mellom kommunen og fastlegene i Trondheim tror vi er viktigste forklaring på at en så stor andel som 88 prosent av fastlegene sluttet opp om denne undersøkelsen. I Bergen ble tilsvarende studie gjennomført samtidig som hos oss, men der deltok mindre enn halvparten av legene.

Den justerte forskrivningen som vi beregnet, viste betydelig mindre spredning enn den reelle forskrivningen. Derfor antar vi at justert forskrivning er bedre egnet som tilbakemelding til hver enkelt lege. Justert forskrivning tar hensyn til legens listelengde så vel som til alders- og kjønns sammensetning på listen. Selv om justert forskrivning reduserer spredning, ser vi fortsatt ulike forskrivningsmønstre. Som også andre har påvist (3), fant vi at eldre leger forskriver mer enn yngre, og at mannlige leger forskriver mer enn kvinnelige (4).

Tilbakemelding til fastlegene

Som en viktig del av studien fikk hver fastlege tilsendt resultatene der egen forskrivning av B-preparater var separat fremstilt og en anonymisert sammenligning med alle de andre legene.

Vi har fått positive tilbakemeldinger fra deltakende fastleger om at informasjon om personlig forskrivning er nyttig. Ingen har meldt tilbake noe negativt. Vi har oppfordret legene til å drøfte resultatene i videre- og etterutdanningsgrupper, samt innad i kollegiet på hvert legesenter.

Pasienter med ønske om vedvarende bruk av B-preparater velger trolig leger med liberal forskrivningspraksis. Erfaringsvis vil den enkelte fastlege i Trondheim minst én gang i året ha åpen liste. Personer som har et sterkt ønske om å komme på legens liste, kan da melde overgang. Når det i årenes løp skjer forflytninger fra restriktive til liberale leger, kan

dette tenkes å forsterke forskjellen i forskrivningsvolumet blant legene.

Uthenting av data fra fastlegenes kliniske praksis er viktig for å kunne få bedre oversikt og viten innenfor en del områder. Vi har sammenholdt data fra Reseptregisteret med data fra NAV (om fastlegenes listesammensetning) for å gi en mer nyansert beskrivelse av forskrivningstrender. Dette er en type bruk av statistikk som er i begynnerfasen i vårt land. Et annet eksempel er NAVs tilbakemeldinger over fastlegenes sykmeldingspraksis. Fastlegeforskriften åpner også for at kommunen kan kreve uthenting av data fra fastlegenes EPJ til kvalitetsformål. Forutsatt at slike data justeres og standardiseres, vil de kunne gi nyttig og god informasjon tilbake til den enkelte lege med henblikk på å vurdere egen praksis.

Takk til Legeforeningens kvalitetsfond og Fondet til fremme av allmennmedisin i Sør-Trøndelag som har bidratt til finansieringen av studien.

REFERANSER

- Kjosavik SR, Ruths S, Hunskaar S. Psychotropic drug use in the Norwegian general population in 2005: data from the Norwegian Prescription Database. *Pharmacoepidemiol Drug Saf* 2009; 18: 572–8.
- Drivenes K. Reduksjon i forbruket av vanedannende legemidler i Vest-Agder. *Tidsskr Nor Legeforen* 2001; 121: 2175–8.
- Dybwad TB, Kjølshrud L, Eskerud J, Lærum E. Why are some doctors high-prescribers of benzodiazepines and minor opiates? A qualitative study of GPs in Norway. *Family Practice* 1997; 14: 361–8.
- Bjørner T, Lærum E. Factors associated with high prescribing of benzodiazepines and minor opiates. *Scand J Prim Health Care* 2003; 21: 115–20.
- Kristensen P, Fjermestad T. Benzodiazepiner - holdninger og forskrivningspraksis hos allmennpraktikere og psykiatere. *Tidsskr Nor Lægeforen*. 1991 Aug 10; 111(18): 2241–5.
- Bramness J, Sexton JA. The basic pharmacoepidemiology of benzodiazepine use in Norway 2004–9. *Norsk Epidemiologi* 2011; 21 (1): 35–41.
- www.reseptregisteret.no
- Nasjonal faglig veileder vanedannende legemidler – rekvirering og forsvarlighet. HelseDirektoratet 2014.
- Perceptions of GPs and community pharmacists on hypnotic prescribing on private prescriptions. *Dtsch Med Wochenschr*. 2014 May; 139 (22): 1153–8. doi: 10.1055/s-0034-1369995. Epub 2014 May 20 (<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24845524>).
- Did the new French pay-for-performance system modify benzodiazepine prescribing practices? *BMC Health Serv Res*. 2014 Jul 11; 14 (1): 301.
- Wekre LJ, Bakken K, Garåsen H, Grimsmo A. GPs' prescription routines and cooperation with other healthcare personnel before and after implementation of multidose drug dispensing. *Scand J Public Health*. 2012 Aug 7.
- Rosner B. *Fundamentals of Biostatistics*. Harvard University. Fifth edition, 2000: 594–96.

■ TORGEIRF@ONLINE.NO