

SKIL

Tryggere bruk av vanedannende legemidler

Evalueringsrapport



2. oktober 2023

Sammendrag

Stiftelsen Senter for kvalitet i legetjenester (SKIL) fikk i 2021 oppdrag fra Helsedirektoratet om å lage et tiltak rettet mot fastleger for å forbedre kvalitet på rekvirering av vanedannende legemidler.

Bakgrunnen for prosjektet er den økende bekymringen over høye rekvireringsrater av vanedannende legemidler i Norge, også sammenlignet med andre europeiske land. Langvarig bruk av slike legemidler har alvorlige bivirkninger og kan føre til reduserte kognitive evner, forstyrret søvnmønster, og forverret psykisk helse.

Metoden som ble benyttet var SKILs "Kvalitetspakke", en metodikk basert på gjennombruddsmetoden. Kvalitetspakker baserer seg på kollegagruppemøter hvor deltakerne reflekterer over egen praksis med bakgrunn data fra praksis og oppdatert kunnskap. Før møtene tar deltakerne e-læringskurs for kunnskapsoppdatering. En hel kvalitetspakke består av tre kollegagruppemøter spredt i tid over 8 måneder, som også gir meritterende poeng til allmennlegers etter- og videreutdanning.

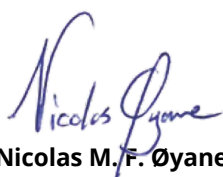
En sentral komponent i kurset er en sjekkliste for rekvirering av vanedannende legemidler. Denne sjekklisten er utformet for å gi leger et verktøy for å vurdere egen praksis og følge opp pasienter mer effektivt. I tillegg er nettsiden trappned.no aktivt promotert gjennom kurset. Det er også gitt informasjon om hvordan leger kan trekke ut data fra journalene for å overvåke egen praksis knyttet til rekvirering.

Ifølge data hentet fra SKILs nettportal var det stor interesse for kurset. Siden oppstart har 327 meldt seg på, 255 har startet og 192 har fullført. Det er betydelig variasjon i påmeldinger per fastlegehjemmel mellom fylkene. Høyest relativ deltakelse hadde Rogaland med 11,9 % og lavest hadde Trøndelag med 1,9 %. Flertallet rapporterer positive endringer i egen praksis. Dette inkluderer blant annet nedtrapping av vanedannende legemidler hos pasienter, bedre informasjonsflyt til pasienter, og mer bevissthet rundt rekvireringspraksis og alternative behandlingsmetoder.

Til tross for de positive resultatene, identifiserer rapporten flere barrierer som hindrer kvalitetsarbeidet. Blant disse er tidspress i konsultasjonen, pasienters motstand mot endring, og mangel på oversikt over egen rekvirering av legemidler.

E-læringsmodulene har generelt blitt godt mottatt, om lag 90% av deltakerne finner dem klare og forståelige. Like mange finner også poenger som er nyttige for dem i klinisk praksis. De ulike modulene dekker viktige temaer som angst, søvnvansker og kroniske smerter, og tilbyr praktiske verktøy og ressurser for bedre praksis. Både riktig bruk av vanedannende legemidler og alternativer til vanedannende legemidler ble også gjennomgått.

I sum viser rapporten at SKILs arbeid har medført forbedringer i legenes rekvirering av vanedannende legemidler i Norge. Samtidig understreker den viktigheten av fortsatt fokus på dette området, spesielt i lys av de barrierene som fortsatt eksisterer. Det er enighet om at retningslinjer alene ikke er tilstrekkelig, og at det behov for systematiske tilnærminger for å sikre bærekraftige endringer i klinisk praksis.



Nicolas M.F. Øyane PhD MD MHA

Fagdirektør
Stiftelsen senter for kvalitet i legetjenester

Bergen, 24.09.2023

Innhold

Innledning	4
<i>Bakgrunn for prosjektet</i>	4
<i>Om Stiftelsen Senter for kvalitet i legetjenester (SKIL)</i>	4
Metode	5
Resultater	8
<i>Deltakelse</i>	8
<i>Om deltakerne</i>	8
<i>Hovedresultater</i>	9
Anslag på nedtrapping av vanedannende legemidler	9
Andre endringer i løpet av kurset	10
Egen opplevelse forbedring i egen praksis	11
Hindringer mot kvalitetsarbeid	11
<i>Evaluering e-læringsmoduler</i>	12
E-læringsmodul 1 (generelt om vanedannende og angst)	12
E-læringsmodul 2 (søvnvansker og hypnotika)	13
E-læringsmodul 3 (kroniske smerter og opioider)	14
<i>Endringer i sjekklisten</i>	14
Diskusjon og veien videre	16
<i>Hovedresultater og effekter av tiltaket</i>	<i>Feil! Bokmerke er ikke definert.</i>
<i>Forbedringsområder</i>	<i>Feil! Bokmerke er ikke definert.</i>
<i>Videreutvikling og bredding</i>	<i>Feil! Bokmerke er ikke definert.</i>
Takk	16
Referanser	17

Innledning

Bakgrunn for prosjektet

Langvarig bruk av vanedannende legemidler er sjeldent medisinsk indisert, men forekommer hyppig i Europa ifølge tall fra OECD (OECD 2019). Norge har høyere rekvirering enn gjennomsnittet i Europa, med 21,1 DDD per 1000 innbyggere (vs. 16,5 DDD per 1000 innbyggere i Europa).

Bivirkninger oppstår ved langvarig bruk og forsvinner ikke på samme måte som effekten. Langvarig bruk av benzodiazepiner og z-hypnotika kan føre til reduserte kognitive evner, samt forstyrret søvnmønster og redusert søvnkvalitet. Legemidlene kan utløse delir, spesielt hos eldre, pasienter med demens, dårlig ernæringsstatus eller parkinsonisme. Akutt inntak av benzodiazepiner reduserer motoriske funksjoner og evne til å kjøre bil. Langvarig bruk av opioider gir blant annet bivirkninger i form av langsom ventrikkeltømming, kvalme, refluks, dyspepsi og uttalt obstipasjon. I tillegg kan langvarig opioidbehandling medføre senket testosteronproduksjon, nedsatt libido, redusert immunologisk funksjon og senket stemningsleie. Utløst depresjon kan vedvare lenge etter seponering.

Helsedirektoratet ga i 1990 ut veileder om rekvirering av vanedannende legemidler, som skal oppdateres i 2021. I tillegg har Helsedirektoratet utgitt egne retningslinjer knyttet til rekvirering av opioider, men denne skal slås sammen med den nye veilederen. Formålet med veilederen er å understøtte legers arbeid med fornuftig rekvirering av vanedannende legemidler, og SKIL har gitt hørings svar til veilederen.

Retningslinjer er et viktig men ikke tilstrekkelig skritt i retning av kvalitetsforbedring. Spesielt opplever fastleger, som favner alle spesialiteter, at det er krevende å følge alle retningslinjene (Austad, Hetlevik et al. 2016). Et system for implementering tilpasset fastlegers arbeidsmetoder og hverdag er derfor nødvendig.

Om Stiftelsen Senter for kvalitet i legetjenester (SKIL)

SKIL ble opprinnelig etablert som et AS i 2014 av Legeforeningen med underforeninger. Stiftelsens formål er å tilby verktøy for kvalitetsarbeid til offentlige legetjenester utenfor sykehus, samt opplæring i disse. Stiftelsen skal også samarbeide tett med stat, kommune og forskningsmiljø.

SKIL tilbyr kvalitetsarbeid gjennom meritterende kurs som bygger på gjennombruddsmetoden, en anerkjent metode for kvalitetsarbeid. Hittil har over 2200 kurs vært gjennomført gjennom SKILs portal og tidligere studier har vist effekt på endring av praksis. SKIL ansees som den ledende leverandør av kurs i kvalitetsarbeid til primærhelsetjeneste og er også en sentral rådgiver til sentrale myndigheter. SKIL deltar i flere sentrale referansegrupper knyttet til fastlegeordningen og bidrar regelmessig med høringsinnspill til myndighetene.

SKIL samarbeider med mange nasjonale fag- og forskningsmiljø i utvikling og oppdatering av sine produkter, heriblant Helsedirektoratet, Universitetet i Bergen, Universitetet i Oslo, Statens Legemiddelverk, NTNU, Nasjonalt Senter for E-helseforskning, Helse Bergen og Legeforeningen.

SKIL tilbyr også verktøy for å styrke kommunens evne til å lede kvalitetsarbeidet både på legekantor og andre arenaer i kommunen hvor leger jobber.

SKIL er finansiert over statsbudsjettet, og mottar i tillegg prosjektmidler for utviklingsprosjekter i tillegg til kursavgifter knyttet til kurs. Per 22.9.23 er det 6 ansatte i SKIL.

Metode

SKIL- modellen Kvalitetspakke ble benyttet som metode. Denne baserer seg på gjennombruddsmetoden (Breakthrough series) som først ble beskrevet av Institute for Healthcare Improvement (IHI) på 90-tallet (Kilo 1998). Modellen tar utgangspunkt i tema som er viktige for kvalitet og pasientsikkerhet, og organiserer grupper som møtes over en periode og tester tiltak i egen praksis. Modellen har også vist seg effektiv for å innføre endringer i klinisk praksis i en rekke sammenhenger (Wells, Tamir et al. 2018).

SKIL har også erfaring med at egen modell påvirker legenes praksis, blant annet ble det i 2021 publisert en studie som viste endret rekvireringsmønster hos deltakende leger (Øyane, Finckenhagen et al. 2021).

Kvalitetspakken baserer seg på kollegagruppemøter hvor deltakerne reflekterer over egen praksis med bakgrunn i data fra egen praksis. Forut for møtene tar deltakerne e-læringskurs for kunnskapsoppdatering. En hel kvalitetspakke består av tre slike kollegagruppemøter innen et bestemt tema, spredt i tid med totalt 8 måneder. Kvalitetspakker er også godkjente klinisk emnekurs, meritterende til legers etter- og videreutdanning.

Den er særlig godt egnet for allmennlegenes smågruppevirksomhet, en etablert møteform som også er en obligatorisk del av legers videre- og etterutdanning. I tillegg kan det dannes egne grupper på ett eller flere legekantor for å gjennomføre kvalitetspakker.

På kollegagruppemøtene fyller deltakerne ut et obligatorisk arbeidsark som både skal være en kjøreplan for møtene, og bidra til refleksjon over egen praksis.

Mer om det faglige innholdet

E-læringskurs

E-læringskurs benyttes som en faglig oppdatering og forberedelse til gruppemøtene. Riktig kunnskap er et utgangspunkt for å vite hva som er god praksis, selv om en systematisk litteraturgjennomgang har vist at e-læring alene ikke er tilstrekkelig for å gi endringer i praksis.

Tema for e-læringskursene i denne kvalitetspakken er:

- E-læring 1: Trappned.no - praktisk verktøy for nedtrapping, kommunikasjon om nedtrapping, ressurser for pasienter
- E-læring 2: Nedtrapping og alternativ til benzodiazepiner, ikke-medikamentell behandling av søvnvansker
- E-læring 3: Nedtrapping og alternativ til opioider, riktig behandling av kronisk smerte, med vekt på muskel-/skjelettsmerter.

Gruppemøter

Gruppemøtene er den viktigste delen av kvalitetspakken, hvor deltakerne veiledes i å finne forbedringspotensial, deretter planlegge og følge opp kvalitetstiltak i praksis. Forbedringsmodellen benyttes som rammeverk for gruppemøtene. Denne modellen benyttes også av det norske pasientsikkerhetsprogrammet, og har vist seg effektiv for å innføre endringer som medfører bedre kvalitet (Langley, Moen et al. 2009).

I starten av hvert møte diskuterer deltakerne det som ble gjennomgått i e-læringskurset og diskuterer relevans i forhold til forbedringspotensialer i egen praksis. Videre agenda for møtene følger et bestemt mønster:

- **På første møte** får deltakerne data som gir oversikt over praksis og som for de fleste avdekker forbedringspotensial. Da får deltakerne mulighet til å sette seg mål for forbedringsarbeidet og planlegge aktuelle tiltak for praksis.

- **På andre møte** (etter ca. 4 måneder) følger deltakerne opp tiltakene som er gjennomført siden første møte og vurderer om tiltaket skal innføres, endres eller forkastes som tiltak. Her vil også deltakerne lære gjennom rollespill.
- **På tredje møte** (etter ytterligere 4 måneder) har de aller fleste deltakerne innført minst én endring de ønsker å fortsette med. På dette møtet vurderes hvilke tiltak som har vært mest effektive og deltakerne planlegger hvordan kvaliteten skal vedlikeholdes på et godt nivå også i fremtiden. I dette prosjektet vil vi legge opp til at samarbeidspartnere i kommunen (hjemmebaserte tjenester, diabetessykepleier og andre) inviteres til tredje gruppemøte.

Data for oversikt over praksis

Data er sentralt i kvalitetsarbeid for å få oversikt over praksis. En tidligere norsk studie basert på et tilsvarende tiltak knyttet til rekvirering av antibiotika har vist at god legemiddelstatistikk virker nyttig og motiverende på kvalitetsarbeidet (Eide, Øyane et al. 2022). I mangel på nasjonal statistikk-løsning for fastleger ble det utviklet brukerveiledning for hvordan legene selv kunne trekke ut data fra de vanligste journalsystemene. Dette ble lagt til i første e-læringsmodul.

For å gi legene bedre oversikt over kvalitet på egen rekvirering ble det av faggruppen også utviklet en sjekkliste for rekvirering av vanedannende legemidler. Denne sjekklisten bestod av følgende 10 punkter:

Før rekvirering

- **Indikasjon:** Er den (fortsatt) tilstede?
- **Øvrig behandling:** Kan pasienten hjelpes på andre måter?
- **Uheldige kombinasjoner:** Alkohol? Andre rusmidler? Legemiddelinteraksjoner?
- **Avhengighet:** Er pasienten avhengig? Er risiko kartlagt?
- **Helsekrav for førerkort:** Er de oppfylt? Meldeplikt?

Ved rekvirering

- **Resepten:** Er e-resept oppdatert og uaktuelle resepter trukket tilbake? Har pasienten fått resepter fra andre leger?
- **Pasientinformasjon:** Bivirkninger, tilvenningsfare, overdosefare og uheldige kombinasjoner
- **Oppfølging:** Hva blir neste kontaktpunkt?
- **Dokumentasjon:** Indikasjon, behandling og videre plan
- **Samarbeid**
 - Pasienten: «Hva er viktig for deg?»
 - Pårørende: Bør de involveres?
 - Kolleger: Kan andre på legekontoret, i kommunen eller i spesialisthelsetjenesten kobles inn?

Data til kvalitetsforbedring

Data er sentralt i kvalitetsarbeid for å få oversikt over praksis. En tidligere norsk studie basert på et tilsvarende tiltak knyttet til rekvirering av antibiotika har vist at god legemiddelstatistikk virker nyttig og motiverende på kvalitetsarbeidet (Eide, Øyane et al. 2022). I mangel på nasjonal statistikk-løsning for fastleger ble det utviklet brukerveiledning for hvordan legene selv kunne trekke ut data fra de vanligste journalsystemene. Dette ble lagt til i første e-læringsmodul.

Beskrivelse av milepæler underveis i prosjektet

Under vises den gjennomførte planen inkludert milepæler for tiltaket.

Dato	Milepæl	Ansvarlig
15.06.21	E-læringsmodul 1 og arbeidsark 1.	Misha Østervold

15.09.21	E-læringsmodul 2 og arbeidsark 2.	Misha Østervold
01.10.21	Ferdigstille metoder for oversikt over egen praksis med relevante data.	Nicolas Øyane
15.12.21	E-læringsmodul 3 og arbeidsark 3.	Misha Østervold
15.01.22	Teknisk testing og fullføring	Nicolas Øyane
01.03.22	Oppstart av intervensjon	Nicolas Øyane
15.01.23	Første revisjon av kurset	Misha Østervold
01.03.23	Videre markedsføring/ utbredelse	Nicolas Øyane

Kurset er godkjent som 18 timers klinisk emnekurs i allmenntmedisin med følgende Felles kompetansemål (FKM) og Allmenntmedisinske læringsmål (ALM) i spesialiseringsforskriften:

FKM 6 Være kjent med begrepene overdiagnostikk/overbehandling og kunne reflektere over konsekvenser for pasient og samfunn

FKM 14 Ha kunnskap om betydningen av god kommunikasjon og kjennskap til grunnleggende kommunikasjonsteori.

FKM 28 Under veiledning kunne bistå pasienter i å veie kunnskap om fordeler og ulemper ved behandlinger opp mot hverandre og bli enige om behandling (samvalg).

FKM 41 Kunne anvende relevante e-helseverktøy i arbeidet med forbedring av klinisk praksis, pasientforløp, administrative arbeidsprosesser og samhandling.

FKM 42 Kunne anvende forbedringskunnskap til å forbedre klinisk praksis, pasientforløp og/eller administrative arbeidsprosesser på egen arbeidsplass.

FKM 43 Forstå forskjellen mellom hvordan data samles inn og analyseres i forskningsarbeid, forbedringsarbeid og revisjons-, kontroll og tilsynsarbeid og vite hvordan resultater fra forbedringsarbeid publiseres.

FKM 48 Kunne involvere pasienter, pårørende, brukerrepresentanter og framtidige brukere som aktive partnere på det nivå partnerne selv ønsker i et likeverdig samarbeid for å ivareta brukermedvirkning på individnivå

FKM 49 Kunne anerkjenne og anvende pasienters erfaringskompetanse på en slik måte at pasienten selv oppfatter seg verdsatt og respektert

ALM 01 Selvstendig kunne sikre faglig forsvarlighet av egen, klinisk praksis.

ALM 08 Selvstendig kunne ha en helhetlig tilnærming til pasient og pårørende, og kunne bruke kommunikasjonsferdigheter og -strategier for å hjelpe pasienter og pårørende til å fatte kvalifiserte beslutninger om egen helseatferd

ALM 012 Selvstendig kunne utføre sakkyndighetsvurderinger, også for pasienter man står i et langvarig behandlerforhold til.

ALM 018 Kjenne til og selvstendig kunne vurdere utfordringer ved over- og underdiagnostikk, samt ved over- og underbehandling.

ALM 028 Selvstendig kunne arbeide pasientsentrert med fokus på pasienten, pasientens kontekst og pasientens presenterte problem.

ALM 44 Selvstendig kunne kommunisere med en pasientsentrert tilnærming som støtter pasientens tillit og autonomi, og som er karakterisert ved empati, respekt og innlevelse

ALM 47 Selvstendig kunne håndtere uenighet og følelsesmessige vanskelige samtaler.

Kurset er også forhåndsgodkjent for refusjon og praksiskompensasjon fra Fond for kvalitetsforbedring og pasientsikkerhet som ledd i en [midlertidig refusjonsordning](#). Denne refusjonsordningen refunderer legenes kursavgift (inntil 4000,- kr) og praksiskompensasjon inntil to dager for å gjennomføre kurs i kvalitetsarbeid.

Faggruppe

Det ble tidlig i prosjektet etablert en faggruppe bestående av følgende personer:

Kjell-Arne Helgebostad (leder av faggruppen), fastlege og kommuneoverlege i Røst kommune
Cato Innerdal, kommuneoverlege i Molde kommune
Svein Skjøtskift, overlege ved avdeling for rusmedisin, Helse Bergen
Cecilie Ann Molvik Markvoll, sykepleier og brukerrepresentant
Torgeir Gilje Lid, spesialist i allmennmedisin og førsteamanuensis, Universitet i Stavanger
Trygve Skonnord, førsteamanuensis / Undervisningsleder allmennmedisin hos Universitetet i Oslo (UiO)
Johannes Vederhus, medisinstudent og forfatter av trappned.no
Nicolas Øyane, spesialist i allmennmedisin, fastlegevikar og leder for Senter for kvalitet i legekontor
Roger Veiby, spesialist i allmennmedisin, fastlege og faglig rådgiver, Senter for kvalitet i legekontor

Resultater

Deltakelse

Data om deltakelse er hentet fra SKILs nettportal. Her presenteres:

Påmeldte: Antall leger som har meldt seg på og godtatt vilkår.

Inviterte: Antall leger som er inviterte siste 4 uker, men ikke ennå godtatt vilkår.

Fullført gruppemøte: Alle som har deltatt på gruppemøte og fylt ut/sendt inn arbeidsark.

Data per 20.09.2023

Påmeldte: 327

Inviterte: 20

Fullført gruppemøte 1: 255

Fullført gruppemøte 2: 221

Fullført gruppemøte 3: 192

Tidsserie påmeldinger:

2022					2023				Totalsum
Kv1	Kv2	Kv3	Kv4	Totalt	Kv1	Kv2	Kv3	Totalt	
75	67	30	40	212	40	36	39	115	327

Kurset er fortsatt tilgjengelig og har fortløpende påmeldinger.

Om deltakerne

I arbeidsark 3 bes deltakerne fylle ut demografisk informasjon. Totalt 192 deltakere fylte ut arbeidsark 3. 182 (95 %) av deltakerne anga å være i praksis, av disse var alle unntatt 1 i allmennpraksis.

Alder:

< 30 år	31-44 år	45-60 år	> 60 år
1	96	76	19

Antall år i praksis:

0-4	5-9	10-14	15-19	20-24	25-29	30-34	35-39
1	96	76	19	22	11	10	2

Arbeidssted (Fylke)

Her vises både antall deltakere og variasjon i forhold til registrerte fastlegeavtaler per fylke

Fylke	Antall	Antall fastlegeavtaler*	Andel av antall fastleger
Agder	20	314	6,4 %
Innlandet	29	380	7,6 %
Møre og Romsdal	23	255	9,0 %
Nordland	16	276	5,8 %
Oslo	35	563	6,2 %
Rogaland	50	421	11,9 %
Troms og Finnmark	33	296	11,1 %
Trøndelag	9	464	1,9 %
Vestfold og Telemark	29	379	7,7 %
Vestland	38	638	6,0 %
Viken	37	1104	3,4 %
Totalt	319	5090	6,2 %

*Hentet fra SSBs statistikkbank Kommunehelsetenesta.

Hovedresultater

I arbeidsark 3 bes deltakerne beskrive egen opplevelse av endring i praksis. De bes blant annet å anslå antall pasienter de har startet og fullført nedtrapping på, og eventuelle andre innførte tiltak. I tillegg bes deltakerne om å vurdere i hvilken grad kurset har bidratt til å gi dem bedre oversikt over praksis, og om kvaliteten i praksis er endret som følge av dette. Arbeidsarket leveres anonymt, men er obligatorisk å fylle ut for å få kurset godkjent.

Anslag på nedtrapping av vanedannende legemidler

Totalt 151 leger (82,5%) anslo at de i løpet av kurset startet nedtrapping på i gjennomsnitt 3,7 pasienter og totalt 80 leger (49,7 %) anslo at de i løpet av kurset fullførte nedtrapping på i gjennomsnitt 2 pasienter.

Startet nedtrapping (n=183)

Ja	151 (82,5 %)
Nei	26 (14,2 %)
Vet ikke	6 (3,2 %)

Antall pasienter startet nedtrapping på (n=123)

1	2	3	4	5	6-10	11-15
33	28	10	3	4	1	1

Fullført nedtrapping (n=189)

Ja	94 (49,7 %)
Nei	88 (46,6 %)
Vet ikke	7 (3,7 %)

Antall pasienter fullført nedtrapping på (n=80)

1	2	3	4	5	6	8
33	28	10	3	4	1	1

Andre endringer i løpet av kurset

Andre endringer i praksis ble beskrevet av 142 deltakere (64,3 %) på andre gruppemøte og av 106 deltakere (61,3 %) på tredje gruppemøte.

Her er en oppsummering av de viktigste rapporterte endringene:

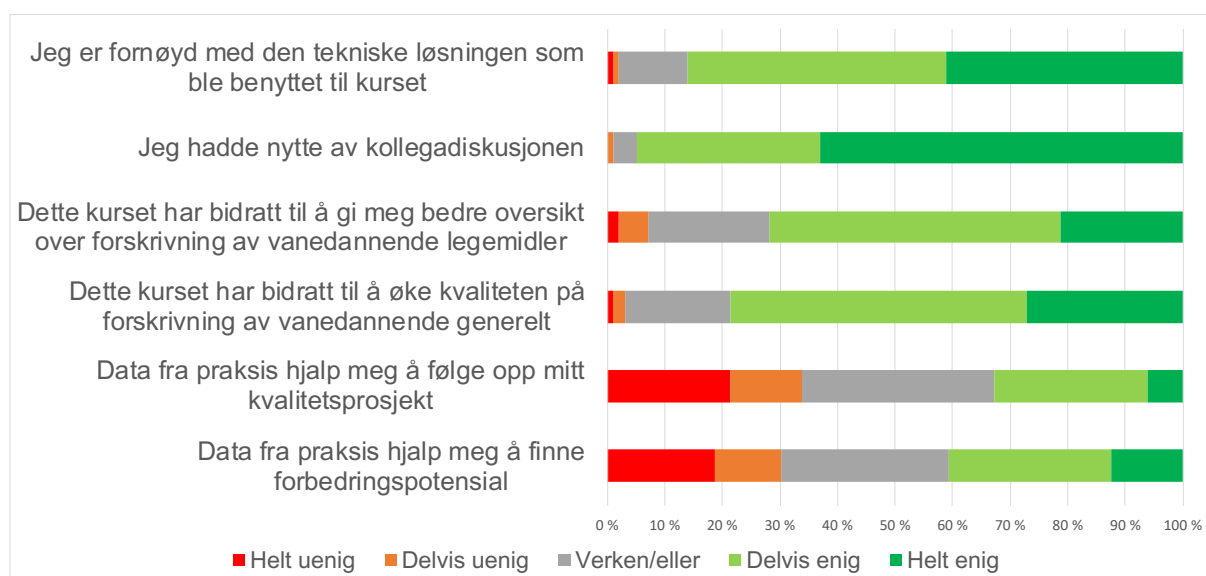
- **Redusert rekvirering av vanedannende medisiner:** Mer tilbakeholdenhet med å rekvirere vanedannende medisiner som benzodiazepiner (B-preparater) og Z-hypnotika generelt.
- **Bedre informasjon til pasienter:** Grundigere informasjon til pasientene om bivirkninger, avhengighetspotensial og behandlingsmål. Mer tid til å diskutere smerteforståelse med pasientene.
- **Kontroll over førerkortforskriften:** Mer oppmerksomhet på førerkortforskriften og nøyere vurdering av hvilke pasienter som kan kjøre når de bruker visse medikamenter.
- **Bruk av verktøy som Trapped.no:** Mer bruk av praktiske verktøy for å hjelpe med nedtrapping og oppfølging av pasienter.
- **Økt bevissthet rundt søvnproblemer:** Mer fokus på søvnproblematikk hos pasientene og bruk av søvndagbøker som en del av vurderingen.
- **Motiverende samtaler:** Innføring av motiverende samtaler for å hjelpe pasientene med å forstå nødvendigheten av nedtrapping og endringer i medikamentbruken. Oppmuntring til å vurdere nedtrapping og alternativer til medikamentell behandling.
- **Begrenset første gangs rekvirering:** Mer tilbakeholdenhet med første gangs rekvirering av vanedannende medisiner og nøyere vurdering av indikasjon. Mer vekt på ikke-medikamentelle behandlingalternativer der det er hensiktsmessig.
- **Kontinuerlig oppfølging:** Mer kontinuerlig oppfølging av pasienter som bruker vanedannende medisiner, inkludert faste oppmøtetimer og hyppigere kontroller. Mer systematisk tilnærming til rekvirering og oppfølging av pasienter med smerteproblemer og medikamentavhengighet.
- **Bedre journalføring:** Forbedret journalføringen for å dokumentere medikamentbruk og nedtrappingsplaner mer nøye.
- **Mer samarbeid:** Økt tverrfaglig samarbeid og drøfting av pasientbehandling med kolleger på kontoret. Noen fastleger har etablert samarbeid med apotek for kontrollert utdeling av medisiner til pasienter med avhengighetsproblemer.

Samlet sett har fastlegene forbedret sin praksis ved å bli mer oppmerksomme på problematikken rundt vanedannende medisiner, nedtrapping, førerkortforskrift, og søvnproblemer. De gir mer informasjon til

pasientene og bruker ulike verktøy og strategier for å hjelpe dem med å oppnå bedre helse og funksjon uten unødig medikamentbruk.

Egen opplevelse forbedring i egen praksis

De fleste legene hadde nytte av kollegadiskusjonen og var fornøyde med den tekniske løsningen som ble benyttet. Mellom 70% og 80% var helt eller delvis enige i at kurset bidro til bedre oversikt og bedre kvalitet på egen praksis. Under halvparten mente at data fra praksis var nyttige for å finne forbedringspotensial eller følge opp kvalitetsprosjektet.



Bruk av statistikk fra eget journalsystem

Få leger hadde statistikk fra eget journalsystem:

- På andre gruppemøte hadde 17 leger (7,7 %) med statistikk.
- På tredje gruppemøte hadde 21 leger (10,9 %) med statistikk.

Av dem som hadde statistikk så drøyt halvparten en endring i data sammenlignet med tidligere.

Hindringer mot kvalitetsarbeid

Fastlegene be i arbeidsark 2 og arbeidsark 3 bedt om å beskrive hindringer mot kvalitetsarbeidet. Her er en oppsummering av de viktigste punktene (n= 328 svar):

- **Tidspress:** Mangel på tid til å gi tilstrekkelig oppfølging til pasienter som bruker vanedannende medisiner var den dominerende årsaken. Konsultasjonene er ofte korte uten tid til å diskutere endringer i legemiddelbruk. Mange fastleger opplevde høy arbeidsbelastning og mange pasienter som trenger oppfølging.
- **Motstand mot endringer hos pasientene:** Pasientenes egenvilje og motstand mot å endre sin medisiner. De insisterer ofte på å beholde faste doser av vanedannende legemidler og hadde annen oppfatning om hva som er riktig behandling enn legen. Det var spesielt krevende å motivere pasienter som har brukt vanedannende medisiner i mange år. Endel pasienter oppsøker ikke legen for oppfølging.
- **Mangel på støtte fra datasystemer:** Manglende funksjonalitet i elektroniske helsejournaler for å gi en oversikt over legemiddelbruk.
- **Lavt antall relevante pasienter:** Noen fastleger har få pasienter som bruker slike medisiner, noe som begrenser muligheten for nedtrapping.

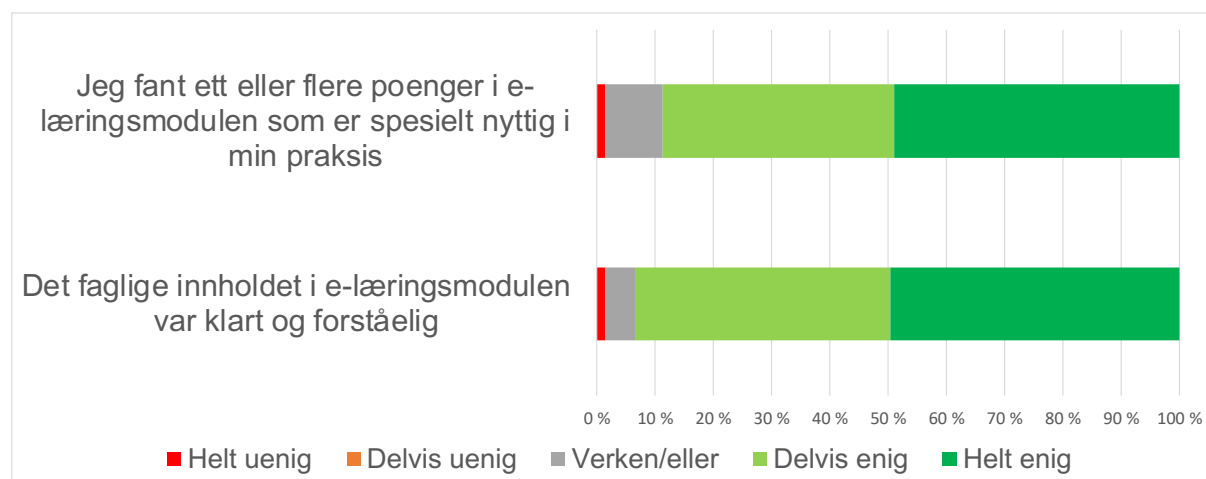
- **Mangel på praksis:** Noen av deltakerne var i lite pasientkontakt grunnet permisjoner eller annet fravær.
- **Manglende kunnskap og trening:** Legenes behov for mer kunnskap om alternative behandlingsmetoder og nedtrappingsteknikker.
- **Dårlig samarbeid og rutiner:** Vanskeligheter med å implementere felles tiltak og retningslinjer på legekantoret.
- **Komorbiditet hos pasientene:** Pasienter med andre helseproblemer var mindre mottakelige for nedtrapping.

Evaluering e-læringsmoduler

Generelt tok de aller fleste deltakerne e-læringsmodulene før møtet, og ca. 90 % mente at det faglige innholdet i e-læringsmodulen var klart og forståelig. En like stor andel fant ett eller flere poenger i e-læringsmodulene som var spesielt nyttig for deres praksis.

E-læringsmodul 1 (generelt om vanedannende og angst).

Antall deltakere som tok e-læring før gruppemøtet: 244/255 (95,7 %).



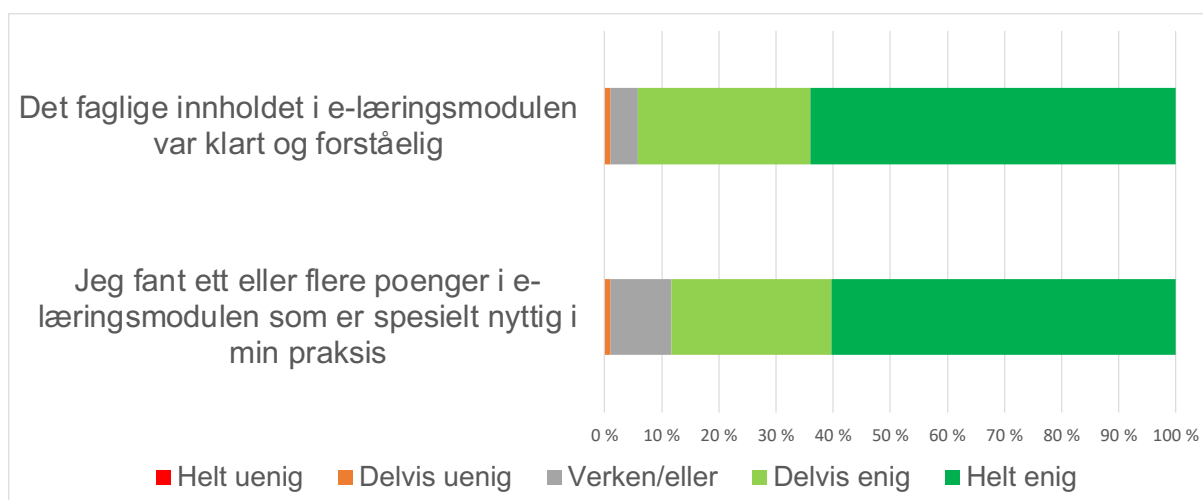
Legene trakk frem følgende som nyttige elementer i e-læringsmodulen:

- Trapped.no var et viktig ressurspunkt og ble nevnt flere ganger som en verdifull kilde til informasjon og verktøy. Legene likte en trinnvis gjennomgang. Legene fant forslag til konkrete nedtrappingsplaner nyttige for å håndtere pasienter som brukte vanedannende legemidler. Lenke til førerkortkrav var også nyttige.
- Sjekkliste for rekvirering: En sjekkliste for å sikre faglig god rekvirering ble sett på som nyttig.
- Motiverende intervju: Kurset inkluderte veiledning om motiverende samtaleteknikker, som ble sett på som verdifulle for å hjelpe pasienter med nedtrapping.
- Kasediskusjoner: Kurset tilbød muligheter for å diskutere kasus knyttet til klinisk praksis, noe som ga leger verdifulle innsikter.
- Fokus på rekvireringspraksis: Leger satte pris på at kurset fokuserte på forsvarlig rekvireringspraksis og muligheter for nedtrapping.

- Mal for rekvirering: Kurset inkluderte en mal for rekvirering, noe som kunne hjelpe leger med å dokumentere nedtrappingsprosessen på en strukturert måte.

E-læringsmodul 2 (søvnvansker og hypnotika).

Andel deltakere som tok e-læring før gruppemøtet: 189 / 200 (94,5 %)

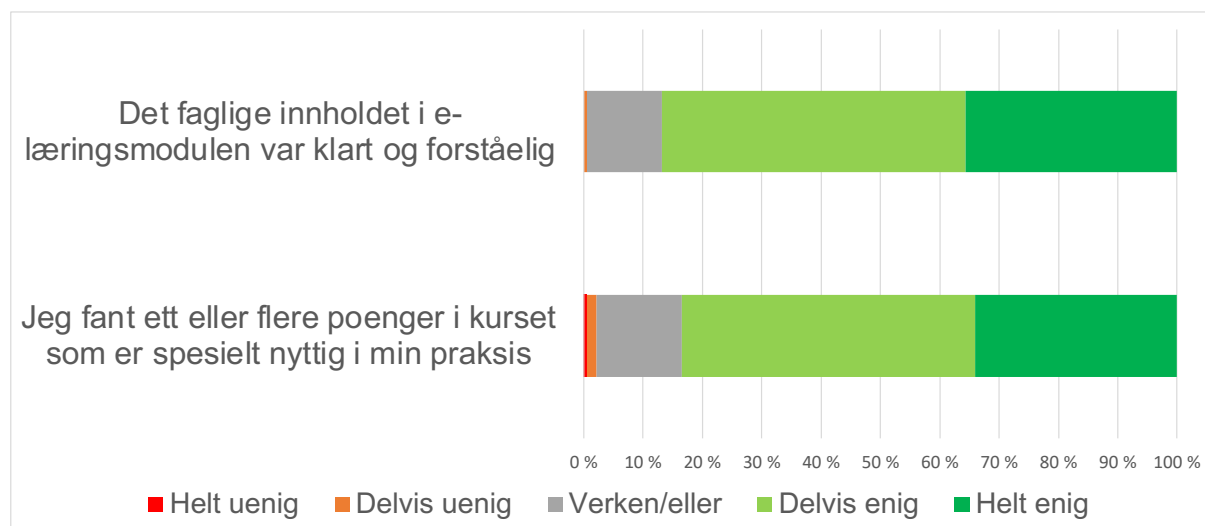


Legene trakk frem følgende som nyttige elementer i e-læringsmodulen:

- Verktøy og fremgangsmåte ved utredning og behandling: Kurset ga praktiske verktøy og en klar fremgangsmåte for å vurdere og behandle søvnvansker. Bruk av søvndagbok/skjema for å kartlegge og følge opp søvnproblemer ble verdsatt. Kurset bidro til en bedre forståelse av diagnostisering og utredning av søvnvansker.
- Legene fikk inngående informasjon om forskjellene mellom insomni og forsinket søvnfase og hvordan man kan behandle disse tilstandene. Leger fant detaljerte instruksjoner for behandling av forsinket søvnfasesyndrom nyttig. Legene fikk informasjon om lysbehandling og forskjellene mellom depot og ikke-depot melatonin i behandlingen.
- Søvnhygiene: Kurset inkluderte råd om søvnhygiene og praktiske tips for å forbedre søvnkvaliteten.
- Nettressurser: Leger fant verdifulle nettressurser og lenker som kunne brukes i praksis for å hjelpe pasienter.
- Sammenligning med andre behov: En sammenligning mellom søvn og andre kroppslige behov, som toalettbesøk, ga et nyttig perspektiv.
- Søvnfysiologi: Kurset inkluderte oppdateringer om søvnfysiologiske prinsipper.

E-læringsmodul 3 (kroniske smerter og opioider).

Andel deltakere som tok e-læring før gruppemøtet: 182/192 (94,8 %)



Legene trakk frem følgende som nyttige elementer i e-læringsmodulen:

- Smertefysiologi: Kurset ga en dyp forståelse av smertefysiologi, inkludert kategorisering av smerte, virkningsmekanisme av medisiner, og hvordan opiater ikke nødvendigvis fører til smertefrihet. Kurset tilbød oppdatert kunnskap om vanedannende legemidler og smertebehandling.
- Alternativer til medikamentell behandling: Kurset la vekt på ikke-medikamentell behandling og ga en strukturert oversikt over behandlingsalternativer. Videoer ble brukt for å forklare smerte og behandlingkonsepter, noe som ble satt pris på.
- Smerteinndeling: Leger lærte å skille mellom ulike typer smerter og forstå smertens patofysiologi.
- Lenker og ressurser: Leger fant nytte av tilgjengelige lenker til relevante nettsider og informasjonskilder.

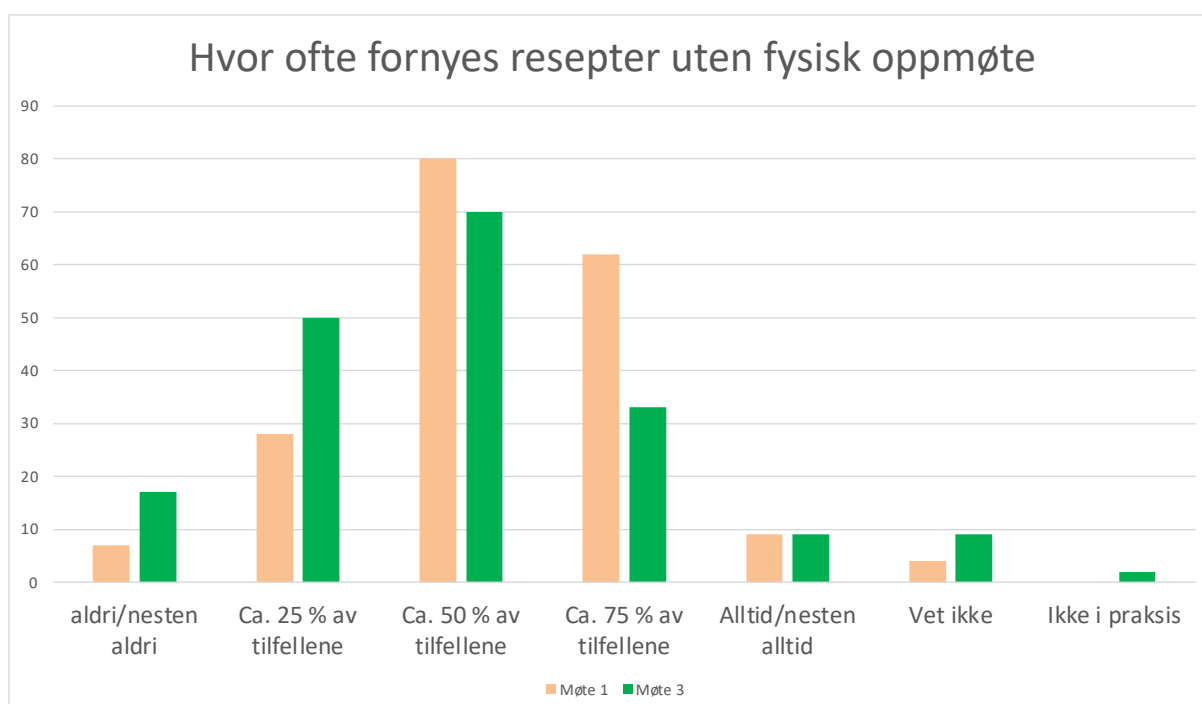
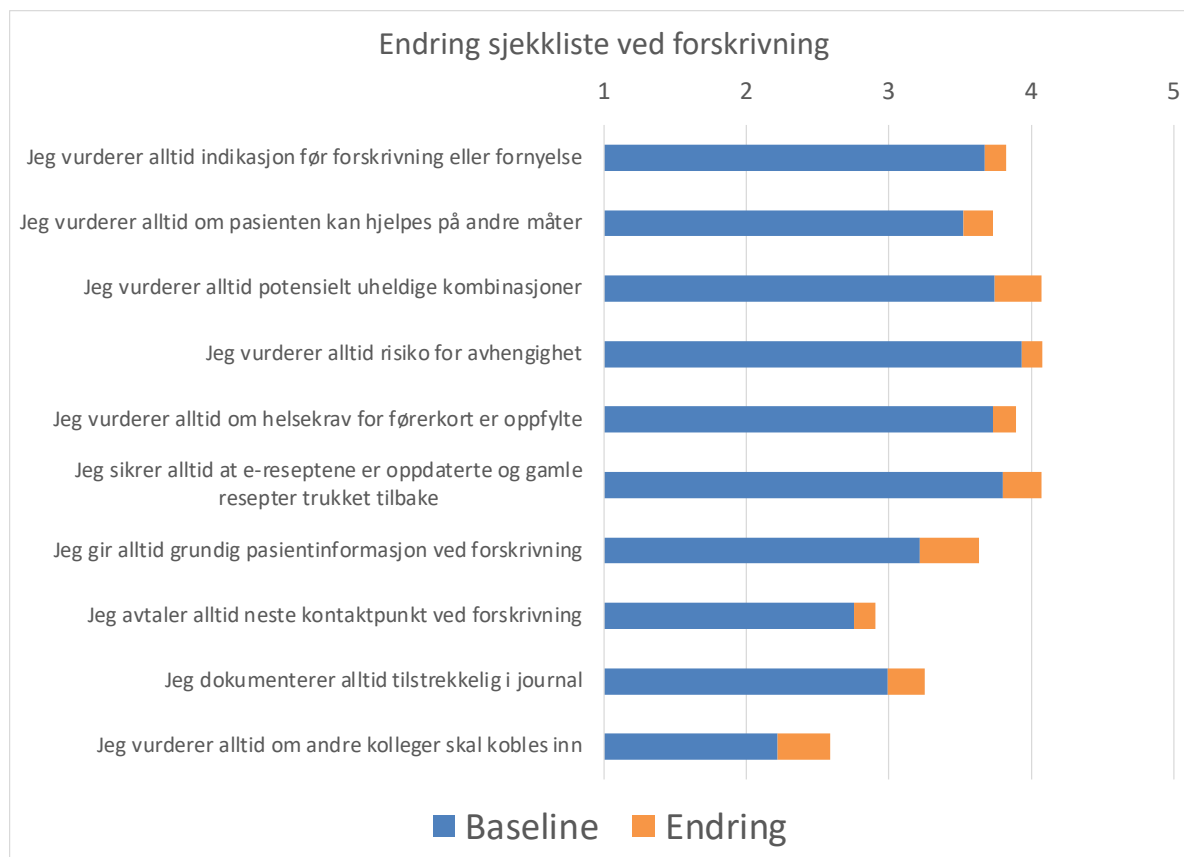
Endringer i sjekklisten

Sjekklisten for rekvirering av vanedannende legemidler ble fylt ut av deltakerne både på første og tredje gruppemøte. Det ble gjort analyser med alle legene som fullførte begge skjema og sett på forskjeller. I tillegg undersøkte vi hvor ofte legemidler ble fornyet uten fysisk oppmøte.

Deltakerne ble bedt om å vurdere i hvilken grad de gjennomførte alle punktene på sjekklisten på en 5-punkts skala:

1- Helt uenig, 2 - Delvis uenig, 3- Verken/eller, 4- Delvis enig, 5-Helt enig

Det ble funnet en økt gjennomsnittlig skåre på alle punktene blant alle som fullførte sjekklisten på både første og tredje møte. Det ble også funnet at en mindre andel av reseptene ble fornyet uten fysisk oppmøte.



Diskusjon og veien videre

Basert på våre funn kan vi konstatere at tiltaket for å forbedre rekvireringen av vanedannende legemidler blant fastleger har båret frukter på flere vesentlige områder. Selv med kjente kapasitetsutfordringer og et grunnlag av frivillighet, har så langt 327 leger meldt seg på, hvorav 192 har fullført kurset til nå. Dette vitner om en markant interesse for kvalitetsforbedring i yrkesgruppen. Implementeringen av en ti-punkts sjekkliste har på sin side ledet til en oppmuntrende utvikling i rekvireringsmønstrene, og legene har rapportert en mer restriktiv tilnærming til utskrivning av slike legemidler. Interessant er det også at hele 82,5% av legene initierte nedtrapping for gjennomsnittlig 3,7 pasienter, med nær halvparten som gjennomførte prosessen. Bruken av praktiske verktøy som Trapped.no ble også mer fremtredende, og kollegialt samarbeid, både internt og med apotek, ble styrket. Videre ble det observert en betydelig forbedring i informasjonen som ble formidlet til pasientene om risikoene og alternativene til vanedannende legemidler.

Selv om disse funnene er oppmuntrende, identifiseres også diverse forbedringsområder. Flere fastleger uttrykte bekymring for utilstrekkelig tid til adekvat oppfølging av pasienter, grunnet tidspress og høy arbeidsbelastning. Få av legene utnyttet legemiddelstatistikk fra eget journalsystem, og pekte dermed mot et behov for bedre oversiktssystemer, muligens gjennom tilgang til statistikk fra legemiddelregisteret. Pasienters motstand mot nedtrapping av vanedannende legemidler ble også ansett som en utfordring, og det ble foreslått et sterkere fokus på endringspsykologi i kursene, eller til og med spesifikke kommunikasjonskurs rettet mot fastleger. Til tross for initiale positive endringer, ble det også identifisert et behov for pågående støtte og oppfølging for å opprettholde disse. Deltakelsen viste også betydelig geografisk variasjon, med den relative deltakelsen som var høyest i Rogaland (11,9%) og lavest i Trøndelag (1,9%), en forskjell som det per nå er uklart hvorfor oppstår.

Ved å se fremover og overveie sikre strategier for videre utvikling og utvidelse, bør vi vurdere flere aspekter. For det første, utrulling av forbedrede elektroniske systemer for legemiddelstatistikk til alle fastleger. Dernest, en omfattende informasjonskampanje om tilbudet både direkte til leger og via kommuner og statsforvaltere, samt gjennom nyhetsbrev fra organisasjoner som Norsk forening for allmennmedisin og SKIL, og på sosiale medier. Integrasjon av kvalitetspakker som en del av obligatorisk etter- og videreutdanning for spesialitet bør også vurderes, likeså en fortsettelse og mulig utvidelse av refusjonsordninger som et insitament for deltakelse i kvalitetsforbedrende kurs. For å fremme tverrfaglig samarbeid mellom leger, apotek og andre aktører i helsesektoren, bør både kurs og andre tiltak vurderes. Informasjon til pasienter for å redusere motstand mot nedtrapping kan utdypes gjennom nasjonale retningslinjer, informasjonsmateriell og kampanjer på både nasjonalt og regionalt nivå. Videre drift av Trapped.no må sikres, da dette prosjektet per nå er et grasrotinitiativ uten stabil finansiering, og står i fare for å bli nedlagt uten en fremtidig utviklingsplan. Å innføre oppfølgingskurs eller andre tilpasningsdyktige oppfølgingstiltak for fastlegers smågrupper kan også vise seg å være nyttig fremover.

Takk

SKIL vil rette en stor takk for godt samarbeide med hele faggruppen og Helsedirektoratet for finansiering til dette viktige prosjektet. Dette prosjektet hadde ikke blitt til uten dere.

Referanser

Austad, B., et al. (2016). "Applying clinical guidelines in general practice: a qualitative study of potential complications." BMC Family Practice **17**(1).

Eide, T. B., et al. (2022). "Promoters and inhibitors for quality improvement work in general practice: a qualitative analysis of 2715 free-text replies." BMJ Open Quality **11**(4): e001880.

Kilo, C. M. (1998). "A framework for collaborative improvement: lessons from the Institute for Healthcare Improvement's Breakthrough Series." Qual Manag Health Care **6**(4): 1-13.

Langley, G. J., et al. (2009). The Model for Improvement. The Improvement Guide: A Practical Approach to Enhancing Organizational Performance, 2nd Edition. San Fransisco, John Wiley and Sons: 23-25.

OECD (2019). Health at a glance 2019: OECD indicators. Paris.

Wells, S., et al. (2018). "Are quality improvement collaboratives effective? A systematic review." BMJ Qual Saf **27**(3): 226-240.

Øyane, N. M. F., et al. (2021). "Improving drug prescription in general practice using a novel quality improvement model." Scandinavian Journal of Primary Health Care: 1-10.