
Karisoprodol – rasjonell og riktig bruk?

KORRESPONDANSER

TORKILD SKJELMERUD

I to artikler i Tidsskriftet nr. 17/2000 (1, 2) reises spørsmål omkring bruken av perorale muskelrelaksantia i Norge. Finn Reiestad & Bjørn Fagerlund (2) tar spesielt for seg berettigelsen av karisoprodol (Somadril).

Vårt apotek betjener en gjennomsnittlig stor landkommune. Vi har gått gjennom alle ekspederte Somadril-resepter i en for så vidt tilfeldig valgt måned, mai 2000, og sett på hvordan preparatet er blitt forskrevet.

I alt er 203 pakninger blitt ekspedert, etter 136 resepter, altså i gjennomsnitt 1,5 pakninger eller 45 tabletter per enkeltforskrivning. En firedel av pasientene (27 %) fikk mer enn én pakning på sin resept, nemlig 60, 90 eller 120 tabletter. De har dermed fått tabletter for et lengre tidsrom enn én uke, som Reiestad & Fagerlund anbefaler som lengste behandlingstid.

Hvorvidt Somadril alltid brukes på godkjent indikasjon, ligger utenfor det ansatte ved et apotek har mulighet for å vurdere. Under gjennomgangen av reseptene som var ekspedert denne måneden, har vi imidlertid sett på hvilke opplysninger som var påført dem. Ikke mer enn 28 % av Somadril-reseptene var påført bruksområde. To tredeler av disse inneholdt opplysning om at preparatet virket mot smerter: ”brystsmerter”, ”leggsmerter”, ”muskelsmerter”, ”ryggsmerter”, kombinasjoner av disse eller bare mot ”smerter” eller ”sterke smerter”. Den resterende tredel av reseptene med bruksområde inneholdt stikkordet ”muskelløsende” virkning.

På apotek har vi erfaring for at påskrift om bruksområde er en verdifull opplysning for den jevne pasient. Vi spør likevel om tendensen vi påviser ovenfor kan ha gitt brukerne et ikke helt korrekt inntrykk av at Somadril primært har smertestillende effekt. Ikke bare sekundært til en muskelrelakserende effekt, som det nå endatil blir satt spørsmålstegn ved (2).

I godkjent preparatomtale for Somadril er dosering til voksne angitt til én tablett 3 – 4 ganger per døgn. Hvordan følges dette i praksis? Nesten alle reseptene hadde opplysning om dosering, kun 7 % var påført ”som før” eller ”e.a.”. Der hvor dosering var oppgitt, fordelte den seg fra en til seks tabletter per døgn eller maksimalt per døgn.

På et fåtall resepter (12 %) var det som dosering påført ”ikke mer enn én eller to tabletter i døgnet”. Det er en interessant, separat problemstilling om slik, muligens suboptimal, dosering kan hjelpe pasienter med de plager det er tale om.

To tredeler av reseptene hadde angitt dosering innenfor de godkjente 3 – 4 tabletter per døgn, mens 23 % hadde dosering opptil til fem eller seks tabletter i døgnet. Det har ikke fremgått av denne reseptgjennomgangen hvordan apoteket har agert overfor forskriver i de siste tilfellene, eller om legene da eventuelt har fastholdt sin forskrivning.

Dertil kommer spørsmålet om hvorvidt påført dosering fra legens side virkelig etterleves av pasientene. Flere av dem som fikk Somadril tabletter her, hadde rukket å få resept mer enn én gang innenfor vår registreringsmåned. For et antall av dem tyder opplysninger i apotekets reseptdatabase på at de i praksis bruker tablettene omtrent kontinuerlig over et tidsrom som går utover registreringsperioden og/eller i enda høyere dosering enn hva som var tilsiktet.

Bruken av Somadril har økt tydelig de siste fem år, også de siste tre år, hvor det har vært eneste preparat på markedet i sin gruppe (3). Ved vårt apotek er nå Somadril 30 tabletter den legemiddelpakningen som oftest er forskrevet på resept. Ved et gjennomsnittlig stort landsens apotek som vårt får man snart inntrykk av at det blant Somadril-brukere finnes personer med hang til misbruk og overforbruk. Funnene ved en enkel og kortvarig undersøkelse som denne kan bekrefte inntrykket av bruk også utenfor godkjent indikasjon, bruk i høyere doser og over lengre tidsrom enn anbefalt.

Utarbeiding av lokal legemiddelstatistikk, som her, har vist seg å være velegnet som samarbeidstema mellom apotek og leger. Det sees på som et nyttig verktøy i kvalitetssikring i allmennpraksis. Det forutsetter tillitsbasert og åpent samarbeid mellom leger og apotek.

LITTERATUR

1. Bramnes JG, Skurtveit S, Grung M, Mørland J. Sentralt virkende muskelrelakserende midler i trafikken Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 1966 – 9.
2. Reiestad F, Fagerlund B. Er karisoprodol berettiget som muskelrelakserende medikament? Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2041 – 2.
3. Legemiddelforbruket i Norge 1994 – 1998. Oslo: Norsk Medisinaldepot, 1999.

Publisert: 20. september 2000. Tidsskr Nor Legeforen.

© Tidsskrift for Den norske legeforening 2026. Lastet ned fra tidsskriftet.no 10. juli 2026.