

Hvordan holder allmennleger seg oppdatert om legemidler?

Sammendrag

Bakgrunn. Tradisjonelle former for kunnskapsoverføring, som forelesningsbaserte kurs og utsendelse av retningslinjer, har vist seg lite effektive i å forbedre kvaliteten på allmennlegers forskrivningspraksis. Vi ønsket å undersøke hvordan allmennleger selv vurderer ulike kunnskapskilder og -metoder innen praktisk farmakoterapi samt hvordan de forholder seg til en foreløpig lite brukt, men potensielt effektiv undervisningsmetode: tilbake-melding på egne forskrivningsdata kombinert med kollegial diskusjon.

Materiale og metode. Et spørreskjema om bruk av og holdninger til ulike kilder for oppdatering om farmakoterapi ble sendt leger i etterutdanningsgrupper som var tilmeldt en pedagogisk intervensjonsstudie om kvalitetsforbedring av egen forskrivningspraksis.

Resultater. 302 av i alt 479 leger (63 %) responderte. Felleskatalogen var legenes hyppigst anvendte kunnskapskilde om legemidler. Industriavhengige kilder ble generelt vurdert som mindre nyttige og til å ha svak påvirkningskraft, men ble likevel ofte nevnt som kunnskapskilde i forhold til en konkret forskrivningssituasjon. Legene vurderte at læring i etterutdanningsgrupper var nyttig og hadde stor påvirkningskraft. 94 % fant det lite problematisk å eksponere egen forskrivning for kolleger i slike etterutdanningsgrupper.

Fortolkning. Tilbakemelding på egne forskrivningsdata kombinert med kollegial diskusjon i etterutdanningsgrupper synes å være godt egnet som undervisning innen praktisk farmakoterapi. Industribaserte kunnskapskilder nyter liten tillit, men synes likevel å ha gjennomslagskraft.

Sigurd Høye

sigurd.hoye@medisin.uio.no
Antibiotikasenteret for primærmedisin
Seksjon for allmennmedisin
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo
Postboks 1130 Blindern
0318 Oslo

Jørund Straand

Seksjon for allmennmedisin
Universitetet i Oslo
og
Allmennmedisinsk forskningsenhet
Universitetet i Oslo

Mette Brekke

Seksjon for allmennmedisin
Universitetet i Oslo

Ved siden av legen selv er legemidler det viktigste behandlingsverktøyet i allmennpraksis. I tre av fem allmennlegekonsultasjoner skrives det ut resept (1). Opptil 90 % av alle resepter ordineres i allmennpraksis (2). Det er økende oppmerksomhet rundt behovet for å kvalitetsforbedre allmennlegers legemiddelforskrivning for å fremme trygghet, mer effektiv og billigere legemiddelbruk (3–5).

Det kommer stadig nye medikamenter på markedet. Å holde seg oppdatert innen praktisk farmakoterapi er derfor en stor utfordring for allmennlegene. Fastleger bruker i gjennomsnitt 2,3 timer per uke på faglig kvalitetsforbedring og oppdatering (6), fordelt på mange ulike kunnskapskilder. Det er stor variasjon mellom kildene når det gjelder i hvilken grad de er egnet til å påvirke legenes praksis. Mye av allmennlegers videre- og etterutdanning består av undervisningsformer som i liten grad har vist seg å føre til at mottakerne endrer egen praksis (6). Tradisjonelle forelesningsbaserte kurs eller utsending av informasjonsbrev og faglige retningslinjer er eksempler på dette (7–9). Legemiddelindustrien har en dominerende rolle i å informere allmennleger om nye og patenterte legemidler (3). Industrien formidler kunnskapen på måter som er spesielt egnet til å påvirke legers forskrivningspraksis (besøk på legekontor, ansikt-til-ansikt-kontakt, aktiv deltakelse). Produsentenes informasjon er imidlertid ofte unyansert og partisk (10–11).

Audit, der leger gjennomgår egne forskrivningsdata sammen med kolleger og sammenholder dataene med kunnskap og retningslinjer for god klinisk praksis, er en potensielt effektiv pedagogisk metode som til nå har vært lite brukt i norsk allmennpraksis (12). Legene må da eksponere egen for-

skrivningspraksis overfor kolleger, noe som kan tenkes å oppleves som problematisk.

Deltakelse i en etterutdanningsgruppe er obligatorisk for å opprettholde spesialiteten i allmennmedisin. Prosjektet *Kollegabasert terapiveiledning* er en randomisert, kontrollert studie der etterutdanningsgrupper blir tilbudt et undervisningsopplegg for å kvalitetsforbedre egen forskrivning (4, 5). En viktig del av den pedagogiske intervensjonen i Kollegabasert terapiveiledning går ut på at legene får utarbeidet en personlig rapport om egen forskrivning innenfor et bestemt område. Denne rapporten skal deretter leges frem og diskuteres med kolleger i egen etterutdanningsgruppe i lys av undervisning om mer hensiktsmessig legemiddelforskrivning. Resultatene fra studien er under bearbeiding og publisering.

Formålet med denne undersøkelsen var å undersøke hvilke informasjonskilder allmennlegene vanligvis bruker når de trenger kunnskap om legemidler, samt hvordan de opplever de ulike kildenes nytteverdi og påvirkningskraft i forhold til egen forskrivning. Vi ønsket også å undersøke hvordan leger forholder seg til å eksponere egen forskrivningspraksis for kolleger i en etterutdanningsgruppe. Videre ønsket vi å identifisere karakteristika ved leger som er skeptiske til å synliggjøre egen forskrivningspraksis for kolleger og ved leger som forholdsvis ofte baserer seg på industribaserte kunnskapskilder.

Materiale og metode

Et spørreskjema ble vinteren 2006 sendt ut til alle leger som var tilmeldt Kollegabasert terapiveiledning-prosjektet (80 etterutdanningsgrupper med 479 leger). Rundt 250 etterutdanningsgrupper i Sør-Norge var invitert til å delta i prosjektet. Spørreskjemaet

Hovedbudskap

- Det er økende krav til kvalitetssikring av allmennlegers forskrivningspraksis
- Gjennomgang og kollegial diskusjon av egne forskrivningsdata synes å være en akseptert metode for slikt kvalitets-sikringsarbeid
- Industriavhengig informasjon vurderes langt nyttigere og med større påvirkningskraft enn industriavhengig informasjon

ble modifisert etter utprøving i en pilotgruppe. Det ble ikke foretatt individuell purring. Skjemaet inneholdt spørsmål om bruk av informasjonskilder, opplevd nytte og påvirkningskraft fra hver av kildene, antall legemiddelkonsulentbesøk siste to måneder samt hvilke kilder som var utslagsgivende for avgjørelsen sist legen vurderte å ta i bruk et nytt medikament (tab 1). I tillegg ble det spurt om legens holdning til å legge frem egne forskrivningsdata for kolleger samt bakgrunnsinformasjon som legens kjønn, liste-lengde og praksistype.

På spørsmålene om bruk, nytte og påvirkning av ulike informasjonskilder kunne man svare ved å krysse av for ett av fem graderte svaralternativ. Under databearbeidingen ble de fem graderte svaralternativene slått sammen til tre svarkategorier der midtverdien ble beholdt, mens svaralternativene på hver side ble slått sammen. Videre ble variablene antall konsulentbesøk, antall år i allmennpraksis og pasientlistelengde i noen analyser dikotomisert til henholdsvis over og under gjennomsnittlig verdi.

Data fra spørreundersøkelsen ble behandlet i statistikkprogrammet SPSS versjon 14. Det ble benyttet khikvadrattest for å teste forskjeller mellom undergrupper i materialet. Forskjeller med p-verdier $\leq 0,05$ ble definert som statistisk signifikante.

Resultater

Fra de 479 legene mottok vi 302 utfylte skjema (svarprosent på 63). Av de 302 respondentene var 87 % spesialister, mens 11 % var under spesialisering i allmennmedisin. En

tredel var kvinner. 77 % av legene arbeidet i en gruppepraksis med tre eller flere leger, 14 % i en tolegepraksis, mens 9 % var solo-praktikere. Gjennomsnittlig antall år i allmennpraksis var 18,7. Tabell 1 viser legenes bruk, opplevd nytte og påvirkningskraft av ulike kunnskapskilder samt hvilke informasjonskilder som var utslagsgivende sist legen vurderte å ta i bruk et nytt medikament. Etter Felleskatalogen ble elektroniske kilder som Norsk Elektronisk Legehåndbok (NEL) hyppigst oppgitt som svært nyttig (37,4 %). Færrest mente videre- og etterutdanningsgrupper var unyttig eller uten påvirkningskraft. Industribaserte kilder ble generelt vurdert som nyttige og med liten påvirkningskraft.

Felleskatalogen og elektroniske kilder som Norsk Elektronisk Legehåndbok var oftest utslagsgivende kilder når legene ble bedt om å krysse av for hvor de hentet inn kunnskap sist gang det var snakk om å ta i bruk et nytt medikament. På dette spørsmålet var de fleste andre kildene, inkludert reklame og legemiddelkonsulent, omtrent på nivå med hverandre.

Legene hadde i snitt hatt 3,8 legemiddelkonsulentbesøk (0–32, median 4) i sin praksis de siste to måneder, 16 % hadde ikke tatt imot konsulentbesøk, mens 11 % hadde beøk ukentlig eller oftere. Fastleger med lange pasientlister hadde hyppigere konsulentbesøk enn leger med korte pasientlister ($p = 0,02$).

Leger med flere konsulentbesøk enn gjennomsnittet oppga at de forholdsvis oftere hentet ny kunnskap om legemidler fra reklamemateriell og at de oftere deltok på kurs og

konferanser i regi av legemiddelindustrien. De vurderte industribaserte informasjonskilder som nyttigere og til å ha større påvirkningskraft, og slike kunnskapskilder var for dem mer utslagsgivende sist de vurderte å ta i bruk et nytt medikament (tab 2).

94 % av legene mente det var lite problematisk eller helt uproblematisk å legge frem egne forskrivningsdata for kolleger som del av egen videre- og etterutdanning. Å kunne risikere å eksponere egne forskrivningsfeil var viktigste årsak til at de øvrige 6 % fant dette problematisk. Blant disse var forholdsvis færre spesialister i allmennmedisin ($p < 0,001$), og de hadde også kortere fartstid i allmennpraksis ($p = 0,02$) enn de øvrige legene.

Diskusjon

Spørreundersøkelser kartlegger praksis og holdninger slik respondentene oppgir dem, ikke nødvendigvis slik de er. Det kan være grunn til å tro at forskjellen mellom disse øker når det spørres om følsomme emner som påvirkning av egen praksis og holdning til legemiddelindustrien. Respondentene visste at Kollegabasert terapiveiledning-prosjektet delvis er basert på et ønske om å styrke industriuavhengig legemiddelinformasjon. Dette kan på den ene siden ha ført til at leger med mye kontakt med industrien har latt være å svare på skjemaet, og på den annen side at legene har underrapportert sin kontakt med industrien. Fordi respondentene i denne undersøkelsen var deltakere i obligatoriske etterutdanningsgrupper i allmennmedisin, var det større andel spesialister i vårt materiale

Tabell 1 Allmennlegers oppgitte nytte av, påvirkning fra og bruk av ulike kunnskapskilder for oppdatering innen legemiddelbruk, samt utslagsgivende kilder sist man vurderte å ta i bruk et nytt legemiddel (n = 302)

	Nytte				Påvirkning				Bruk			Utslagsgivende kilder ved siste nyforskrivning (n = 264) ¹	
	Nyttig	Noe nyttig	Unyttig	n	Sterk	Middels	Svak	n	Ukentlig eller oftere	Fra ukentlig til månedlig	Sjeldnere enn månedlig		n
Felleskatalogen	270	26	4	300	170	84	46	300	264	24	12	300	162
Videre- og etterutdanningsgruppe	255	42	2	299	173	113	12	298	7	97	192	296	54
Kurs/konferanser uavhengig av legemiddelindustrien	244	48	8	300	161	110	28	299	4	23	274	301	59
Legemiddelhandboken	230	47	21	298	150	94	54	298	66	112	119	297	55
Uformell kontakt med kolleger	225	73	3	301	127	142	30	299	117	106	78	301	82
Skriftlige kilder (bøker, tidsskrifter, retningslinjer)	219	66	12	297	149	118	30	297	79	140	77	296	63
Elektroniske kilder (NEL o.l.)	215	46	33	294	146	83	66	295	143	57	98	298	105
Epikriser	149	108	42	299	128	123	45	296	119	96	82	297	62
Kurs/konferanser i regi av legemiddelindustrien	113	108	77	298	32	141	124	297	1	20	278	299	14
Reklamemateriell	59	160	79	298	15	147	128	290	86	116	75	277	49
Legemiddelkonsulent	58	165	76	299	16	145	136	297	33	138	129	300	57
Massemedier	21	78	197	296	6	41	249	296	21	71	196	288	1

¹ Det ble bedt om å rangere de tre mest utslagsgivende kildene fra 1 til 3. Mange hadde kun skrevet tre kryss, vi har derfor sett bort fra rangeringen. Tabellen viser antall respondenter som vurderte den aktuelle kilden som en av tre utslagsgivende kilder

Tabell 2 Sammenheng mellom antall legemiddelkonsulentbesøk og bruk, nytte og påvirkning fra andre produsentavhengige informasjonskilder

	Få konsulentbesøk ¹		Mange konsulentbesøk ²		Signifikans ³
	%	n	%	n	
Bruk av skriftlig reklame for oppdatering innen legemiddelbruk Oftere enn ukentlig/ukentlig til månedlig/sjeldnere enn månedlig	22,9/45,8/31,3	(131)	41,7/37,8/20,5	(127)	P = 0,004
Bruk av kurs/møter o.l. i regi av legemiddelindustrien for oppdatering innen legemiddelbruk Oftere enn ukentlig/ukentlig til månedlig/sjeldnere enn månedlig	0/2,7/97,3	(147)	0,8/10,6/88,6	(132)	P = 0,015
Nytte av skriftlig reklame for oppdatering innen legemiddelbruk Nyttig/noe nyttig/lite nyttig	11,7/54,5/33,8	(145)	30,8/48,9/20,3	(133)	P < 0,001
Nytte av kurs/møter o.l. i regi av legemiddelindustrien for oppdatering innen legemiddelbruk Nyttig/noe nyttig/lite nyttig	27,6/33,8/38,6	(145)	51,1/36,1/12,8	(133)	P < 0,001
Påvirkning fra skriftlig reklame på egen legemiddelforskrivning Stor påvirkning/noe påvirkning/lite påvirkning	3,5/44,8/51,7	(143)	7,8/55,5/36,7	(128)	P = 0,027
Påvirkning fra kurs/møter o.l. i regi av legemiddelindustrien på egen legemiddelforskrivning Stor påvirkning/noe påvirkning/lite påvirkning	7,6/36,6/55,9	(145)	15,2/57,6/27,3	(132)	P < 0,001
Var legemiddelkonsulent medvirkende kilde sist gang nytt medikament ble vurdert tatt i bruk? Ja/nei	15,3/84,7	(131)	31,4/68,6	(118)	P = 0,003

¹ Under gjennomsnittet; tre eller færre konsulentbesøk siste to måneder
² Over eller lik gjennomsnittet; fire eller flere konsulentbesøk siste to måneder
³ Pearsons khikvadrattest

enn blant allmennleger generelt (87% versus 54%). Kjønnfordelingen tilsvarer allmennleger generelt (13). Svarprosenten i vår undersøkelse er noe høyere enn i en sammenliknbar undersøkelse (58%) (6).

Spørreskjemaet ble sendt til leger som deltok i etterutdanningsgrupper som hadde takket ja til å delta i prosjektet Kollegabasert terapiveiledning. Det kan derfor tenkes at disse legene i utgangspunktet var positive til å eksponere egen forskrivning for kolleger, og at leger som var negative til dette, hadde medvirket til at deres etterutdanningsgruppe hadde takket nei til prosjektet.

Selv om legene anga lite bruk av liten påvirkning fra industriavhengige informasjonskilder, var disse likevel viktige når det ble spurt spesifikt om beslutningsstøtte ved bruk av nye medikamenter. Dette kan bety at industriavhengig informasjon overskygger de uavhengige kildene spesielt den første tiden legemidler er på markedet. Det kan også tolkes som en bekreftelse på at metodene industrien bruker har effekt på forskrivningspraksis, til tross for at legene selv mener de ikke blir påvirket (14). Aasland & Førde fant i sin spørreundersøkelse (15) at nesten halvparten av de spurte legene mente at industrien ikke påvirket deres innstilling til medikamenter.

Hypypigheten av legemiddelkonsulentbesøk er lavere i vår undersøkelse enn det som er funnet tidligere (16). Dette kan skyldes at legers holdninger til konsulentbesøk har endret seg som følge av innstramningen av regelverket rundt samhandling mellom leger og legemiddelindustri. Det kan også ses i sammenheng med den generelle trenden at legemiddelfirmaene reduserer antall konsulenter (17). Leger med lange pasientlister hadde

oftere konsulentbesøk enn leger med korte pasientlister. Dette kan henge sammen med at de førstnevnte har flere praksisdager per uke og dermed er med på alle konsulentbesøk som foregår på legesenteret. Det kan også tenkes at disse legene har knapt med tid og prioriterer korte lunsjmøter fremfor mer tidkrevende undervisningsformer. Dessuten prioriterer legemiddelkonsulenter besøk hos leger som treffer forholdsvis mange pasienter.

Industriavhengige og universitetsbaserte aktører i flere land har tatt i bruk konsulentbesøk av faglige kolleger (outreach visits, academic detailing) på legekontorene som del av legers videre- og etterutdanning (18, 19). I Danmark har helseregionene ansatt legemiddelkonsulenter som arbeider etter denne modellen (20). Det er tatt til orde for at tilsvarende ordninger også bør innføres i Norge (21).

I denne spørreundersøkelsen fant vi at legene opplevde at formidling av ny kunnskap via etterutdanningsgruppene både var nyttig og hadde stor påvirkningskraft. For å bidra til et faglig kvalitetsløft i norsk allmennmedisin ble deltakelse i etterutdanningsgrupper gjort obligatorisk i 2003. Intervensjonen i Kollegabasert terapiveiledning-prosjektet foregår i etterutdanningsgrupper i allmennmedisin og her benyttes pedagogiske metoder som er vist å kunne påvirke praksis: ny kunnskap formidlet gjennom praksisbesøk av kollegakonsulent, aktiv deltakelse og kritisk gjennomgang av egen forskrivning (7, 12, 18). Denne spørreundersøkelsen tyder på at en slik metode vil være akseptabel i allmennpraksis, ettersom bare 6% av de spurte syntes det ville være problematisk å eksponere egen forskrivning for kolleger.

Et viktig spørsmål for fremtidens etterutdanning på legemiddelområdet er om det

bør innføres et permanent tilbud om besøk av kollegakonsulent og audit i etterutdanningsgruppene. Resultatene fra Kollegabasert terapiveiledning-prosjektet vil være viktig å vurdere før man fattet en slik beslutning.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Rokstad K, Straand J, Fugelli P. General practitioners' drug prescribing practice and diagnoses for prescribing: the More & Romsdal Prescription Study. *J Clin Epidemiol* 1997; 50: 485-94.
2. Gaist D, Sørensen HT, Hallas J. The Danish prescription registries. *Dan Med Bull* 1997; 44: 445-8.
3. St.meld. nr. 18 (2005). Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk.
4. Gjelstad S, Fetveit A, Straand J et al. Can antibiotic prescriptions in respiratory tract infections be improved? A cluster-randomized educational intervention in general practice - the Prescription Peer Academic Detailing (Rx-PAD) Study [NCT00272155]. *BMC Health Serv Res* 2006; 6: 75.
5. Straand J, Fetveit A, Rognstad S et al. A cluster-randomized educational intervention to reduce inappropriate prescription patterns for elderly patients in general practice - The Prescription Peer Academic Detailing (Rx-PAD) study [NCT00281450]. *BMC Health Serv Res* 2006; 6: 72.
6. Treweek S, Flottorp S, Fretheim A et al. Hva gjør fastleger for å holde seg faglig oppdatert? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2005; 125: 304-6.
7. Bero LA, Grilli R, Grimshaw JM et al. Closing the gap between research and practice: an overview of systematic reviews of interventions to promote the implementation of research findings. *The Cochrane Effective Practice and Organization of Care Review Group*. *BMJ* 1998; 317: 465-8.
8. Grimshaw JM, Shirran L, Thomas R et al. Changing provider behavior: an overview of systematic reviews of interventions. *Med Care* 2001; 39: 112-45.
9. Thomson O'Brien MA, Freemantle N, Oxman AD et al. Continuing education meetings and workshops: effects on professional practice and health care outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2001; nr. 2: CD003030.
10. Solhaug HR, Indermo H, Slørdal L et al. Skriftlig legemiddelreklame - til å stole på? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2006; 126: 1314-7.

>>>

11. Straand J, Christensen I. Kvaliteten på legemiddelkonsulentbesøk i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2008; 128: 555–7.
12. Jamtvedt G, Young JM, Kristoffersen DT et al. Audit and feedback: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2003; nr. 3: CD000259.
13. Legeforeningen. Legestatistikk. www.legeforeningen.no/index.gan?id=18&subid=0. [28.1.2008].
14. Orłowski JP, Wateska L. The effects of pharmaceutical firm enticements on physician prescribing patterns. There's no such thing as a free lunch. Chest 1992; 102: 270–3.
15. Aasland O, Førde R. Legers holdninger og praksis i forhold til legemiddelindustrien. Tidsskr Nor Lægeforen 2004; 124: 2603–6.
16. Husby T. Legers samarbeid med legemiddelkonsulenter – en spørreundersøkelse. Tidsskr Nor Lægeforen 1991; 111: 2758–60.
17. Hanger MR. Skjerper kravene til legemiddelkonsulenter. Dagens Medisin 24.8.2007.
18. O'Brien MA, Rogers S, Jamtvedt G et al. Educational outreach visits: effects on professional practice and health care outcomes. Cochrane Database Syst Rev 2007; nr. 4: CD000409.
19. Kondro W. Academic drug detailing: an evidence-based alternative. CMAJ 2007; 176: 429–31.
20. Kampmann JP. Fem år med Institut for Rationel Farmakoterapi. Ugeskr Læger 2005; 167: 169–71.
21. Flottorp S, Bjerkeland E, Bærheim A et al. Hvordan bedre kvalitet og videre- og etterutdanning i allmennpraksis? Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 601–2.

Manuskriptet ble mottatt 28.1. 2008 og godkjent 21.5. 2008. Medisinsk redaktør Jens Bjørheim.