

# Langtidsbruk av benzodiazepiner i kombinasjon med opioider og z-hypnotika blant uføretrygdde i Norge

## TEKST:

Ingeborg Hartz<sup>1</sup>, Aage Tverdal<sup>2</sup>, og Svetlana Skurtveit<sup>2, 3</sup>, e-post: [ingeborg.hartz@hihm.no](mailto:ingeborg.hartz@hihm.no)

1) Institutt for helse- og idrettsfag, Høgskolen i Hedmark 2) Avdeling for legemiddelepidemiologi, Nasjonalt folkehelseinstitutt

3) Senter for rus- og avhengighetsforskning (SERAF), UiO

## SAMMENDRAG

### HENSIKT

Å beskrive langtidsbruk av benzodiazepiner (BZD), etter alder, kjønn og uføretrygdstatus i Norge, samt å se på kombinasjonsbruk med andre potensielt vanedannende legemidler.

### MATERIALE OG METODE

Studiepopulasjonen utgjorde 2 267 025 deltakere (25–61 år) i Folke- og boligtellingen i 2001, og som fremdeles var i live i 2007. Informasjon om uføretrygdstatus ble koblet til informasjon om reseptuttak fra Reseptregisteret 2004–2007.

Langtidsbruk (%) av BZD (2004–2007) ble definert som uttak av minst én resept årlig på et BZD i perioden 2004–2007, og ble presentert etter alder kjønn og uføretrygdstatus.

### RESULTATER

Langtidsbruk av BZD blant uføretrygdde var fra 11–13 % blant de yngste, for å nå en topp i aldersgruppen 44–49 år hvor en femtedel av alle menn og en fjerdedel av alle kvinner var langtidsbrukere. Langtidsbruken i resten av befolkningen var 6 % (blant eldste kvinner) eller lavere. En årlig BZD median på henholdsvis 250 og 200 definerte døgndoser (DDD) blant uføretrygdde menn og kvinner tilsvarer at 50 % av langtidsbrukerne hentet ut BZD tilsvarende bruk minst annenhver dag gjennom året.

Kombinasjonsbruk; 47–52 % av BZD langtidsbrukerne hadde hentet ut minst én resept på et opioid i 2007, der en fjerdedel hentet ut mengder opp mot daglig bruk eller mer (75-prosentil på 338 og 335 blant uføretrygdde menn og kvinner). Kombinasjonsbruk med z-hypnotika var noe lavere.

### KONKLUSJON

Langtidsbruk av BZD, og kombinasjonsbruk med andre potensielt vanedannende legemidler blant BZD-langtidsbrukerne, er mer utbredt blant uføretrygdde enn i den øvrige befolkningen.

## HOVEDBUDSKAP

Langtidsbruk av benzodiazepiner blant uføretrygdde i Norge i aldersgruppen 25–61 år er utbredt; 15 % av alle uføretrygdde menn og 20 % av alle uføretrygdde kvinner.

Uttaksmengden tilsvarer bruk minst annenhver dag blant halvparten av de uføretrygdde langtidsbrukere.

Halvparten av de uføretrygdde langtidsbrukere av benzodiazepiner henter i tillegg ut resepter på opioider.

## BAKGRUNN OG HENSIKT

Andel nordmenn på uføretrygd har økt i de senere år, og er fordoblet siden 1980-tallet (NOU 2007: 4).

I Norge, og andre OECD-land, er psykiske lidelser og lidelser i muskel- og skjelettsystemet de vanligste årsakene til at det innvilges uførepensjon (NOU 2007: 4). Dessuten, rusmiddelproblemer, og særlig alkoholproblemer, er underrapportert som årsak til sykefravær og uførepensjonering (St.meld. nr. 9 (2006–2007)). Benzodiazepiner (BZD) har anxiolytisk, sedativ og muskelavslappende effekt, og en skulle i så måte forvente en viss bruk av denne type legemidler blant de uføretrygdde (O'Brien, 2005). Det er imidlertid knyttet en del bekymringer til bruken av BZD, deriblant bivirkninger som redusert kognitiv funksjon og psykomotoriske ferdigheter, uønsket sedasjon, i tillegg til avhengighetsproblematikk ved langtidsbruk (O'Brien, 2005; Barker, 2004). Av den grunn er BZD kun anbefalt brukt i korte perioder, og retningslinjer fraråder kombinasjonsbruk med andre potensielle vanedannende legemidler (Statens legemiddelverk, 2008; Helsetilsynet, 2001).

De negative effektene av BZD kan potensielt bidra til en forverring av menneskers funksjonsnivå i dagliglivet. Norske

myndigheter etterlyser tiltak som kan stimulere arbeidsevnen blant uføretrygdde. Informasjon om faktorer som kan hemme rehabilitering tilbake til arbeidslivet, herunder bruk av potensielt vanedannende legemidler som BZD kan være relevant i denne sammenheng.

Bruk av potensielt vanedannende legemidler blant uføretrygdde i Norge er tidligere studert i publiserte artikler. To studier, basert på data fra befolkningsundersøkelser, belyste oppstart og langtidsbruk av BZD blant 40 år gamle uføretrygdde etter 20 år (Hartz et al., 2010; Hartz et al., 2009). Etter 20 år hadde over en femtedel av de uføretrygdde som var ikke-brukere ved baseline startet på BZD. Blant de uføretrygdde som rapporterte bruk allerede ved 40-årsalder så hentet opp mot to av tre kvinner fremdeles ut BZD-resepter etter 20 år, en periode som dekker det meste av den potensielt yrkesaktive perioden. Mengden av BZD som ble utlevert til denne gruppen av langtidsbrukere indikerte mer enn sporadisk bruk, og kombinasjonsbruk med andre potensielt vanedannende legemidler var utbredt. En annen studie basert på nyere befolkningsundersøkelser viser den samme tendensen; oppstart med BZD er høyere blant uføretrygdde, og høyest blant kvinnene (Hartz et al., 2009). Blant uføretrygdde kvinner hadde 18–20 % startet med BZD etter tre til fire år sammenliknet med 5–8 % av ikke-mottakere av uføretrygd. Det var også en større andel av de uføretrygdde som var blitt BZD-brukere som utviklet et langtidsbruk: 51 % av de yngste (40 og 45 år) og 60 % av de eldste (60 år) uførepensjonistene ble langtidsbrukere. Det ble videre observert en gradvis økning i dose over tid blant langtidsbrukerne. Med utgangspunkt i data fra utvalg av befolkningen (befolkningsundersøkelser), er det altså mye som tyder på at oppstart med potensielt vanedannende legemidler er utbredt blant de uføretrygdde, og at bruken blant flertallet går over i en mer

problematisk bruk (langtidsbruk og opptrapping av dose over tid).

For å få et bilde av omfanget av langtidsbruk av BZD i hele den potensielt arbeidsføre delen av den norske befolkningen (25–61 år) ble data fra Reseptregisteret koblet til informasjon om uføretrygdstatus fra Statistisk sentralbyrå. Hensikten med denne studien er å beskrive forekomst av langtidsbruk og uttaksmengde (antall definerte døgndoser (DDD)) av BZD i aldersgruppen 25–61 år i den norske befolkningen etter alder, kjønn og uføretrygdstatus over en fireårsperiode, og i tillegg studere kombinasjonsbruk med andre potensielt vanedannende legemidler som opioider og z-hypnotika.

## MATERIALE OG METODE

Datagrunnlaget består av informasjon på uføretrygdstatus fra Folke- og bolig tellingen som ble utført i 2001 (FOB2001) og informasjon på reseptuttak fra Reseptregisteret.

### Folke- og bolig tellingen 2001 – informasjon på uføretrygdstatus

Variabelen «aktivitets status», fra Folke- og bolig tellingen i Norge utført 3. november i 2001 av Statistisk sentralbyrå (SSB) ble brukt for å kategorisere individer etter uføretrygdstatus (Statistisk sentralbyrå, 2005). Denne variabelen er utarbeidet med utgangspunkt i informasjon fra en rekke administrative registre, og inneholder informasjon på alle individer som bor i Norge. Variabelen kategoriserer den norske befolkningen etter deltakelse i arbeidslivet: sysselsatt, arbeidsledig, under utdanning eller mottak av en eller annen form for pensjon (uføre-, alders- eller etterlattepensjon). Studiepopulasjon ble kategorisert som enten mottakere eller ikke-mottakere av uføretrygd.

### Det nasjonale Reseptregisteret (NorPD) – informasjon på reseptuttak (2004–2007)

Data på reseptuttak av BZD i perioden 2004–2007 ble hentet fra Reseptregisteret, som dekker uttak av resepter i hele den norske befolkningen (Furu et al., 2008). Fra 1. januar 2004 har alle apotek vært pålagt ved lov å sende inn elektroniske data på alle reseptspedisjoner til Nasjonalt folkehelseinstitutt. Reseptregisteret inneholder informasjon på alle individer som har hentet ut en resept på apotek, refunderte og ikke-refunderte legemidler. Legemidlene er klassifisert etter ATC (Anatomisk Terapeutisk Kjemisk)-systemet (WHO, 2006). Data som ble

**Tabell 1.** Andel (%) benzodiazepin-langtidsbrukere\* etter alder, kjønn og uføretrygdstatus i den norske befolkningen (alder 25–61 år i 2001).

	Menn		Kvinner	
	Uføretrygd		Uføretrygd	
	Ja (N = 60 460) n (%)	Nei (N = 1 090 833) n (%)	Ja (N = 83 723) n (%)	Nei (N = 1 032 008) n (%)
<b>Total</b>	8 975 (14,8)	19 601 (1,8)	17 546 (21,0)	31 393 (3,0)
<b>Aldersgrupper</b>				
25–29	2 27 (11,4)	1 411 (0,9)	238 (12,9)	1 423 (0,9)
30–34	476 (14,2)	1 971 (1,1)	601 (16,3)	2 484 (1,5)
35–39	794 (16,1)	2 473 (1,5)	1 110 (19,2)	3 438 (2,2)
40–44	1 280 (19,3)	2 819 (1,8)	1 884 (23,3)	4 560 (3,1)
45–49	1 625 (18,8)	3 312 (2,2)	2 920 (24,6)	5 800 (4,1)
50–54	1 825 (15,2)	3 668 (2,6)	4 091 (23,1)	6 225 (4,9)
55–61	2 748 (12,0)	3 947 (2,6)	6 702 (19,3)	7 463 (5,5)

\*BZD-langtidsbruk er definert som uttak av minst én årlig resept på et benzodiazepin (N05BA/N05CD/N03A01) i perioden 2004 til 2007.

hentet ut i denne studien var som følger: pasientens unike identifikasjonskode (kryptert), kjønn, alder, ekspedisjonsdato, legemiddelinformasjon (ATC-kode, antall DDD). En DDD er den antatte gjennomsnittlige dosen per dag for et legemiddel brukt ved sin hovedindikasjon blant voksne (WHO).

Uttak av legemidler ble definert ved ATC-koder; BZD ble definert ved ATC-kodene N05BA (anxiolytika), N05CD (hypnotika), N03AE01 (klonazepam), z-hypnotika ved ATC-koden N05CF, og opioider ved ATC-kode N02A. Langtidsbruk (2004–2007) av BZD ble definert som uttak av minst én resept hvert år i perioden 2004 til og med 2007. For å studere kombinasjonsbruk med andre potensielt vanedannende legemidler blant langtidsbrukere av BZD, ble andelen som i tillegg hentet ut minst én resept på z-hypnotika og opioider i 2007 beregnet, blant uføre og ikke-uføre. I tillegg ble uttaksmengden i antall DDD i 2007 beregnet. Se Reseptregisterets rapport 2010:2 for nærmere informasjon vedrørende den enkelte substans DDD (Rønning et al., 2010).

Data fra Reseptregisteret ble koblet på data fra SSB via det unike pseudonymet som er tildelt alle personer i Reseptregisteret.

### Studiepopulasjon

Vår analyse inkluderer individer som deltok i FOB2001 i aldersgruppen 25 til 61 år i 2001, altså under alder for førtidspensjon (62 år i Norge). Legemiddelforbruksmønstre fra 2004 til og med 2007 ble studert, og individer som døde i perioden ble ekskludert fra analysen. Totalt utgjorde

studiepopulasjonen 2 267 025 levende individer i 2007, etter eksklusjon av 258 individer som hadde missing på informasjon om uføretrygdstatus. Studiepopulasjonen besto av 1 151 293 menn og 1 115 732 kvinner, hvor 60 460 (5,3 %) av alle menn og 83 724 (7,5 %) av alle kvinner var registrert som mottakere av uførepensjon i 2001.

### Analyse

Langtidsbruk av BZD, definert som uttak av minst én resept hvert år i perioden 2004 til og med 2007, og bruk av z-hypnotika og opioider blant langtidsbrukerne i 2007, er presentert som andeler. Median årlig uttaksmengde (2007) av henholdsvis BZD, z-hypnotika og opioider i antall DDD ble beregnet med interkvartiler. Alle analyser ble utført i SPSS 17.0.

### Etikk og personvern

Data som ble hentet ut i denne studien var anonymiserte i form av at pasientens unike identifikasjonskode er kryptert. Registerkoblingen var godkjent av Datatilsynet.

## RESULTATER

### Bruk og langtidsbruk av BZD etter alder, kjønn og uføretrygdstatus

Uttak av minst én BZD-resept (bruk) i 2004 var betydelig høyere blant uføretrygdde, sammenliknet med resten av studiepopulasjonen; totalt 12 920 (21,4 %) av alle uføretrygdde menn sammenliknet med 42 442 (3,9 %) i den øvrige mannlige studiepopulasjonen, og 24 724 (28,3 %) av de uføretrygdde kvinnene sammenliknet med 69 273 (6,7 %) i resten av den øvrige kvinnelige studiepopulasjonen (figur 1). >>

Tabell 1 viser andel BZD-langtidsbrukere etter alder, kjønn og uføretrygdstatus.

Langtidsbruk av BZD var betydelig høyere blant uføretrygdde enn i resten av befolkningen i alle aldersgrupper. Bruken blant de uføretrygdde økte med økende alder, fra 11–13 % blant de yngste, for så å nå en topp i aldersgruppen 44–49 år hvor en femtedel av alle menn og en fjerdedel av alle kvinner registrert som uførepensjonister i 2001 hadde hentet ut minst én resept årlig på et BZD i perioden 2004–2007. Til sammenlikning var langtidsbruken i resten av befolkningen 6 % (blant eldste kvinner) eller lavere.

### Uttaksmengde av BZD (DDD) i 2007 blant BZD-langtidsbrukere 2004–2007

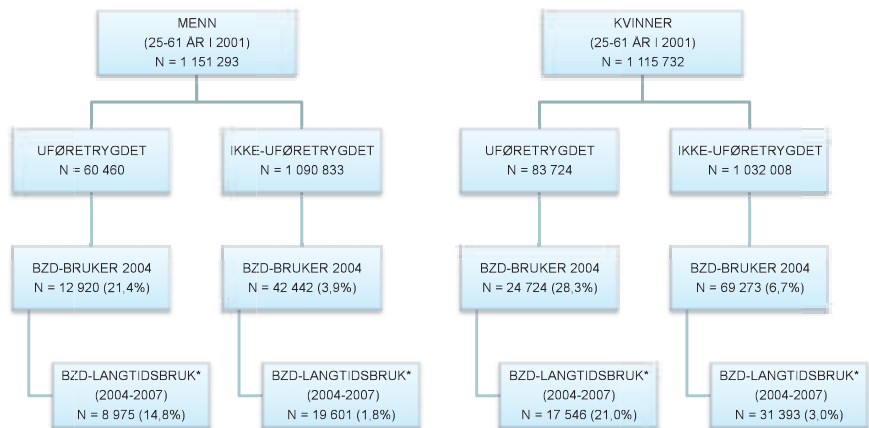
Blant BZD-langtidsbrukerne var uttaksmengden i 2007 langt høyere blant de uføretrygdde (median DDD på 250 blant menn og 200 blant kvinner), sammenliknet med resten av studiepopulasjonen (median DDD på 139 blant menn og 90 blant kvinner) (tabell 2). En median på henholdsvis 250 og 200 DDD blant uføretrygdde menn og kvinner tilsvarer at 50 % av langtidsbrukerne hentet ut BZD tilsvarende bruk minst annenhver dag gjennom året. Videre, en 75 persentil på 555 blant uføretrygdde menn og 425 blant uføretrygdde kvinner indikerer daglig bruk og mer blant 25 % av langtidsbrukerne.

### Langtidsbrukernes bruk av andre potensielt vanedannende legemidler

Kombinasjonsbruk med opioider var høy blant de uføretrygdde langtidsbrukere. Mellom 47 og 52 % hadde hentet ut minst én resept på et opioid i 2007, og en fjerdedel av disse opioidbrukerne hentet i denne perioden (2007) ut en mengde opp mot daglig bruk eller mer (75-persentil på 338 og 335 blant uføretrygdde menn og kvinner) (tabell 2). Tilsvarende var kombinasjonsbruk med z-hypnotika noe lavere; 28 % av de mannlige og 37 % av de kvinnelige uføretrygdde langtidsbrukerne hadde hentet ut minst én resept på et z-hypnotika i 2007. Uttaksmengden i 2007 tilsvarer daglig bruk i minst 9–10 måneder blant halvparten av z-hypnotika brukerne (median på 270 og 300 blant uføretrygdde menn og kvinner).

### DISKUSJON

Denne studien viser at langtidsbruk av BZD blant uføretrygdde i Norge i aldersgruppen 25–61 år er utbredt; 15 % av alle uføretrygdde menn og 20 % av alle



Figur 1. Bruk (2004) og langtidsbruk (2004–2007) av benzodiazepiner (BZD) etter kjønn og uføretrygdstatus i den norske befolkningen.

\*BZD-langtidsbruk er definert som uttak av minst én resept årlig på et BZD (N05BA/N05CD/N03A01) i perioden 2004 til 2007.

uføretrygdde kvinner. Halvparten av langtidsbrukerne hentet ut en BZD mengde tilsvarende bruk annenhver dag eller mer gjennom året. Kombinasjonsbruk med andre potensielt vanedannede legemidler, som opioider, var utbredt blant langtidsbrukerne.

BZD er anbefalt brukt kun i korte perioder over noen få uker grunnet problemer knyttet til potensielle bivirkninger (Helsetilsynet, 2001). Vårt mål på langtidsbruk, uttak av minst én resept på et BZD hvert år over en fireårsperiode, har derfor begrensninger som et mål på mer kontinuerlig bruk over tid. Den årlige medianen (i antall DDD BZD) blant BZD-langtidsbrukerne indikerer imidlertid mer enn sporadisk bruk; halvparten av langtidsbrukerne hentet ut BZD tilsvarende bruk annenhver dag og oftere, og en fjerdedel hentet ut mengder tilsvarende daglig bruk og mer i 2007. En større andel kvinner enn menn var BZD-langtidsbrukere, både blant uføretrygdde og i resten av populasjonen. Median DDD blant menn lå imidlertid høyere enn blant kvinner. En DDD er den antatte gjennomsnittlige dosen per dag. Reseptregisteret inneholder dessverre ingen informasjon om den forskrevne daglige dosen. Bruk av uttaksmengde i form av antall DDD er derfor en markør for omfanget av bruk, men kan ikke gi svar på om et omfang av bruk skyldes kontinuerlig bruk av små daglige doser eller mer sporadisk bruk av høyere daglige doser, eller en kombinasjon av dette.

Inntrykket fra tidligere studier (befolkningsundersøkelser), er at mange uføretrygdde blir BZD-brukere, og en stor andel av nye BZD-brukere blir langtidsbrukere, der bruken er mer enn sporadisk

blant en større andel (Hartz et al., 2010; Hartz et al., 2009). Med dette som bakteppe er det interessant å observere omfanget av BZD-langtidsbruk i hele den norske uføretrygdde populasjonen, sett opp mot BZD-langtidsbruk i befolkningen for øvrig. Hvor omfattende er BZD-langtidsbruk i Norge sammenliknet med andre land? Så langt vi kjenner til er omfanget BZD-langtidsbruk blant uføretrygdde belyst i en svensk studie, basert på et utvalg (18–64 år) fra Stockholm i 1994 (Blennow et al., 1994). BZD-langtidsbruk ble i denne studien definert som selvrapportert bruk av BZD minst tre ganger per uke over en tremånedersperiode, som forekom blant 12 og 14 % av alle uføretrygdde menn og kvinner. Parallelt til det vi observerer i vår studie, var forekomst av BZD-langtidsbruk langt høyere blant uføretrygdde sammenliknet med resten av den svenske studiepopulasjonen. Det blir imidlertid vanskelig å gjøre direkte sammenlikninger i og med at langtidsbruk blir definert forskjellig, samt at data på legemiddelbruk i den svenske studien er basert på selvrapportert informasjon.

BZD-langtidsbruk generelt har vært belyst i flere internasjonale studier. De fleste studiene har imidlertid hatt fokus på å beskrive andel av BZD-brukere som fortsetter bruk fremover i tid, mer enn å beskrive omfanget av BZD-langtidsbruk i en uselektert populasjon som var formålet med vår studie. Disse internasjonale studiene er imidlertid entydige, og i tråd med funn fra norske befolkningsundersøkelser; er BZD først etablert så er andelen som fortsetter bruk høy. For eksempel rapporterte halvparten av alle BZD-brukere fort-

**Tabell 2.** Uttaksmengde (median DDD og interkvartilbredde (IKB)) og kombinasjonsbruk (%) med andre potensielt vanedannende legemidler i 2007 blant benzodiazepin-langtidsbrukere (alder 25–61 år i 2001) etter kjønn og uføretrygdstatus.

	Langtidsbrukere av BZD*			
	Menn		Kvinner	
	Uføretrygd		Uføretrygd	
	Ja	Nei	Ja	Nei
	(N = 8 975)	(N = 19 601)	(N = 17 546)	(N = 31 393)
median DDD BZD (IKB)	250 (100, 555)	139 (50,350)	200 (70,425)	90 (30,240)
Antall (%) kombinasjonsbruk med opioider (N02A)	4197 (46,8)	7663 (39,1)	9034 (51,6)	12408 (39,5)
median (IKB) DDD opioider blant opioidebrukere	150 (32,338)	65 (15,237)	125 (26,335)	53 (13,217)
Antall (%) kombinasjonsbruk med z-hypnotika (N05CF)	2552 (28,4)	5976 (30,5)	6523 (37,2)	12221 (38,1)
median (IKB) DDD z-hypnotika blant z-hypnotikabrukere	270 (90,420)	200 (60,400)	300 (100,420)	200 (60,400)
Antall (%) kombinasjonsbruk med z-hypnotika (N05CF) og opioider (N02A)	1434 (16,0)	2854 (14,6)	3872 (22,1)	5900 (18,8)
median (IKB) DDD z-hypnotika og opioider blant brukerne	475 (245, 800)	371 (165,660)	490 (266,792)	390 (167,677)

\*Langtidsbrukere 2004–2007; BZD-langtidsbruk er definert som uttak av minst én årlig resept på et BZD (N05BA/N05CD/N03A01) i perioden 2004–2007.

satt bruk etter to år i en kanadisk befolkningsundersøkelse (Neutel, 2005). Tilvarende viste tall fra en norsk befolkningsundersøkelse gjort i et utvalg 40-, 45- og 60-åringer, at om lag 40 % av nye BZD-brukere i 2004 fremdeles hentet ut BZD-resepter etter to år, mens andelen var høyere på 60–70 % blant uføretrygdde (Hartz et al., 2009). Andelen som fortsatte å hente ut resepter sank for hvert år. En annen studie sammenliknet BZD-langtidsbrukermønstre i Nederland og Sverige som var sammenfallende i de to landene; to av tre BZD-brukere hentet fremdeles ut resepter etter et år, og en av tre hentet ut BZD-resepter etter åtte år (van Hulst, 2003).

Retningslinjer understreker kombinasjonsbruk av BZD med andre potensielt vanedannende legemidler som spesielt problematisk (Statens legemiddelverk, 2008; Helsetilsynet, 2001). I vår studie hentet halvparten av BZD-langtidsbrukerne ut minst én resept på et opioid i 2007. Når det gjelder beskrivelsen av en mer problematisk kombinasjonsbruk, vil det være stor forskjell på hvorvidt en BZD-langtidsbruker henter ut en liten pakning med for eksempel et opioid, og på uttak av større mengder over tid. I vår studie tilsvarte imidlertid uttaksmengden samtidig og minst daglig bruk av opioider blant en fjerdedel av de uføretrygdde BZD-langtidsbrukerne. Om lag en av fem av alle BZD-langtidsbrukende uførepensjonister i vår studie hentet ut både opioider og z-hypnotika i mengder som tilsvarer daglig kombinasjonsbruk blant over halvparten. Kombinasjonsbruk med andre potensielt vanedannende legemidler blant uføre

BZD-langtidsbrukere er altså mer enn sporadisk, og i større grad problematisk, blant en større andel.

En høyere andel BZD-langtidsbrukere, også i kombinasjon med opioider, blant uføretrygdde sammenliknet med befolkningen for øvrig kan antakelig delvis forklares med høyere forekomst av psykiske og fysiske helseplager i denne gruppen. Psykiske helseplager og plager fra muskel- og skjelettsystemet er hovedårsakene til innvilgning av uførepensjon i Norge ([www.nav.no/184797.cms](http://www.nav.no/184797.cms)). Imidlertid, tidligere studier har vist en uavhengig effekt av uføretrygd på oppstart og derefter langtidsbruk av BZD, selv etter justering for psykiske og fysiske helseplager ved baseline (Hartz et al., 2010; Hartz et al., 2009). Det kan altså se ut til at det er sider ved uføretilværelsen i seg selv som påvirker oppstart med BZD. Resultater fra en kvalitativ studie, basert på personlige intervjuer med uføre som forsøker å komme tilbake til arbeidslivet, understøtter denne observasjonen: samtlige av informantene oppga den passive uføre- og utenfortilværelsen som uønsket og knyttet sterke sosiale og personlige verdier til det å delta i arbeidslivet (Olsen et al., 2005). En nylig publisert rapport viste at nesten tre av ti nye uføretilfeller blant menn kan føres tilbake til en oppsigelse (Bratsberg et al., 2010). Resultatet tyder på at veksten i antall uføre i Norge ikke nødvendigvis handler om uoverstigelige helseproblemer, og styrker antakelsen om at det er en stor gjenværende arbeidsevne blant uføre her til lands. Det er altså ikke usannsynlig at BZD-bruk i det omfanget vi observerer blant uføretrygdde i Norge også dels kan

oppstå som et resultat av uføretrygdsituasjonen blant enkelte uføretrygdde.

En styrke ved denne studien er bruk av nasjonale og komplette registre over legemiddelbruk og uføretrygdstatus på individer som inngikk i Folke- og bolig tellingen i 2001. Manglende informasjon om uføretrygdstatus var minimal, og uten betydning for resultatet. Beskrivelsen av omfanget av våre definerte markører for problematisk bruk av BZD blant uføre i Norge er mer eller mindre komplett. En svakhet ved studien er naturligvis den mer kvantitative beskrivelsen av problematisk BZD-bruk, slik vi beskriver den i form av reseptuttak sammenholdt med retningslinjer for bruk av denne type legemidler. Dessuten, uttak av en resept gjenspeiler ikke nødvendigvis bruk. Det relevante ved å studere aspekter ved bruk av potensielt vanedannende legemidler blant uføretrygdde er å identifisere en type problematisk bruk som kan føre til et redusert funksjonsnivå i hverdagen. Altså, beskrive en faktor som vil kunne motvirke rehabilitering tilbake til arbeidslivet blant de uføretrygdde, og dermed kanskje bidra til å konsolidere uføretrygdsituasjon. Hvorvidt omfanget av de markører på problematisk bruk vi beskriver, BZD-langtidsbruk alene og i kombinasjon med andre potensielt vanedannende legemidler, virkelig utgjør en slik faktor, gir denne studien imidlertid ikke svar på.

En annen svakhet er mangel på informasjon på indikasjon for bruk, eller uføretrygdiagnose blant BZD-langtidsbrukerne. I mange tilfeller foreligger det ikke potensiale for rehabilitering tilbake til arbeidslivet, for eksempel ved alvorlige

sykdommer eller lidelser, og ved fysiske og psykiske funksjonshemminger.

Ved utgangen av mars 2010 var om lag 300 000 personer mottakere av uførepensjon i Norge (Nav, 2010). Om lag 15–20% av alle uførtryggede i vår studiepopulasjon var langtidsbrukere av BZD, hvor uttaksmengden tilvarer mer enn sporadisk bruk, i tillegg til at kombinasjonsbruken med andre potensielt vanedannende legemidler var utstrakt. Høy andel langtidsbruk blant de yngste uførepensjonistene bør kanskje gi mest grunn til bekymring. Er BZD-bruken først etablert, så er sannsynligheten for fortsatt bruk stor gjennom mye av den potensielt arbeidsaktive perioden (Hartz et al., 2010; Neutel, 2005; van Hulten et al., 2003; Isacson, 1997). Tiltak for å få folk tilbake til i arbeidslivet har vært et prioritert område for norske myndigheter de senere år. Et økt fokus på riktig bruk av potensielt vanedannende legemidler blant uførtryggede kan være ett av flere tiltak.

*Oppgitte interessekonflikter: Denne artikkelen er en del av prosjektet «The epidemiology of prescription drugs – a record linkage study in Norway», som er finansiert av Norges forskningsråd.*

## SUMMARY

### TITLE

Long-term use of benzodiazepines in combination with opioids and z-hypnotics among disability pensioners in Norway

### AIM OF THE STUDY

To describe long-term use of benzodiazepines (BZDs), according to age, gender and disability pension status in Norway, and to describe combined use with other potentially addictive drugs.

### MATERIAL AND METHODS

The study population constituted 2 267 025 participants (25–61 years) in the national population and housing census in 2001, and who were still alive in 2007. Information on disability pension status was linked to information on prescription data in the Norwegian prescription database 2004–2007. Long-term use of BZDs (%) was defined as having at least one annual prescription of a BZD dispensed during the period 2004–2007, and was presented according to age, gender and disability pension status.

## RESULTS

Prevalence of long-term use among disability pensioners was 11–13% among the youngest, and highest among the 45–49 year old of whom a fifth of all male and one out of four of all female disability pensioners were long-term BZD users. Long-term BZD use in the rest of the population was 6% (among older women) or lower. An annual median of BZD use at 250 and 200 defined daily doses (DDD) among male and female disability pensioners correspond to BZD use at least every second day among half of all long-term users. Combined use; 47–52% of BZD long-term users retrieved at least one prescription on an opioid in 2007, of whom a quarter retrieved an amount corresponding to daily use or more. (75-percentil at 338 and 335 among male and female disability pensioners). Level of combined use with z-hypnotics was lower.

## CONCLUSION

There is a higher prevalence of long-term BZD use and a high prevalence of combined use with other potentially addictive drugs among disability pensioners compared to the rest of the population.

Manuskriptet ble mottatt 1. juli 2010 og godkjent 16. november 2010.

Referanseliste finnes på: [www.farmatid.no/id/4473](http://www.farmatid.no/id/4473)



**LEDDSMERTER?**

**NYHET!**  
Glukosamin  
reseptfritt på  
apoteket!

**Samin – effektiv symptomlindring ved slitasjegikt**

Kroppen er skapt for bevegelse, men når vonde og stive ledd hindrer oss kan glukosamin hjelpe. Over tid vil glukosamin hemme selve nedbrytningen av brusken i leddene, som jo er årsaken til ubehaget. Samin inneholder glukosamin som brukes som byggestein i brusken. Nå får du Samin uten resept og du kjøper det på apoteket!

*Ikke la vonde ledd ødelegge gode opplevelser*

Kun til voksne over 18 år. Skal ikke brukes av skaldyrallergikere, gravide og ammende. Les pakningsvedlegget før bruk.

60 tabletter  
**Samin 625 mg**  
glukosamin

Letting of symptoms and loss of mobility through

Weifa