

Vedlegg 3 til rapporten
Et konsept for kvalitetsutvikling i
allmennpraksis
med utgangspunkt i en sentral
reseptbasert legemiddeldatabase

Rapport RF-2000/291

Utdrag av rapporten fra prosjektet

Piller på avveie

Hele rapporten kan bestilles fra RF –Rogalandforskning med
Rapportnummer : RF-1999/097

Vår referanse: 724 / 81.3153	Forfatter(e): Redaktører: Marie Smith-Solbakken og Terje Lie	Versjonsnr. / dato: Vers. 1 / 28. mai 1999
Ant. Sider: 145	Faglig kvalitetssikrer: Else M. Tunkland	Gradering: Åpen
ISBN: 82-7220-895-4	Oppdragsgiver(e): Den norske lægeforening, Norges apotekerforening, Sosial- og helsedepartementet, Sandnes kommune og Rusmiddeldirektoratet	Åpen fra (dato):
Forskningsprogram:	Prosjektittel: Legemidler på avveie	

Emne:

Rapporten viser resultater fra prosjektet 'Legemidler på avveie'. Formålet med prosjektet var å redusere utilsiktet bruk og illegal omsetning av vanedannende legemidler (i reseptgruppe B). Tema som tas opp i rapporten er: oversikt over bruk av legemidler (b-preparater), hvordan legemidler omsettes illegalt og hvordan de misbrukes, iverksetting av forebyggende tiltak og grunnlag for utvikling av kvalitetssikringsrutiner som sikrer at pasientene får riktig behandling og riktige typer og mengder medikamenter.

Emne-ord:

B-preparater, rus, illegal omsetning, kvalitetssikring

RF - Rogalandforskning er sertifisert etter et kvalitetssystem basert på NS - EN ISO 9001

Prosjektleder
Marie Smith-Solbakken

for RF - Miljø og næringsutvikling
Kåre Netland

Innhold

1	INNLEDNING AV MARIE SMITH-SOLBAKKEN, RAGNHILD WIIK, WENCHE TERJESEN BERGE OG SVEIN KJOSAVIK	1
1.1	Aktuelle legemidler	3
1.2	Definerte døgndoser (ddd).....	3
1.3	Misbruk og avhengighet	4
1.4	Bruksmønstre	5
1.5	Utsiktet bruk og illegal omsetning	7
1.6	Forskrivningspraksis	8
1.7	Kvalitetssikring	10
2	METODER AV MARIE SMITH-SOLBAKKEN, RAGNHILD WIIK OG TERJE LIE.....	12
2.1	Metodetriangulering	12
2.2	Informanter	13
2.3	Kvalitative medoter	13
2.3.1	Intervju av legemiddelmisbrukere og leger	13
2.3.2	Observasjon	14
2.4	Dagboksnotater.....	14
2.5	Apotekdata	15
3	FOLKS BRUK AV B-PREPARATER AV TERJE LIE OG SVEIN R. KJOSAVIK.....	16
3.1	Opplysninger fra apotekene.....	17
3.2	Andel av befolkningen som får forskrevet b-preparater	18
3.3	Størst volum sovemidler, men flest pasienter får smerte- stillende	21
3.3.1	De fleste får små og moderate doser medikamenter	21
3.4	Forskrivningsmønster for de enkelte medikamentgrupper.....	22
3.5	Forbrukeratferd og mulige kilder til lekkasje.....	24
3.6	Storforbrukere	27
3.6.1	De 150 største forbrukerne	27
3.6.2	Pasienter med 300 ddd eller mer	29
3.6.3	Maksimering av mengde døgndoser gjennom besøk hos forskjellige leger.....	30
3.7	Vurderinger	30
3.7.1	Pasientens forbruk	30
4	HVA MENER LEGENE AV RAGNHILD WIIK, MARIE SMITH-SOLBAKKEN OG ELSE M. TUNGLAND	32
4.1	Legenes holdninger til forskrivning av b-preparater.	32
4.2	Oppfatninger av egen forskrivningspraksis.....	34
4.2.1	Forskrivningsdose per pasient.....	34
4.3	Legemiddelavhengige pasienter	35
4.3.1	Årsaker til langtidsbruk.....	35

4.3.2	Avvenning	36
4.4	Synspunkter på annen behandling	37
4.5	Trusler, vold og innbrudd	38
4.6	Konklusjoner fra legeintervju	39
5	”OPTIMED” - ET SYSTEM FOR EGENKONTROLL OG KVALITETSSIKRING. AV SVEIN R. KJOSAVIK OG BARCLAY STEVENSEN	39
6	“SHOPPING”- HVORDAN LEGEMIDLER KOMMER PÅ AVVEIE AV MARIE SMITH-SOLBAKKEN, RAGNHILD WIIK, BARCLAY STEVENSON OG SVEIN R. KJOSAVIK	48
6.1	Fakta om shoppere	50
6.1.1	Shoppemønstre	52
6.1.2	Hva med dem som bare går til én lege?	55
6.2	Oppsummering	56
7	IMPLEMENTERING AV TILTAK RETTET MOT BEFOLKNINGEN AV WENCHE TERJESEN BERGE, AMUND AAKERHOLDT, SVEIN KJOSAVIK OG SVERRE NESVÅG	57
7.1	“Helsetorg”	58
7.2	Normer for legene, pasientene og farmasøytene	62
7.3	Etiske aspekt	1
8	SAMMENFATNING AV RAGNHILD WIIK OG MARIE SMITH- SOLBAKKEN	2
8.1	Avhengighetsdannende?	2
8.2	Narkotika?	4
8.3	Hvem deltar?	4
8.4	Legemidler mot kulturøkonomisk avhengighet	4
9	KONKLUSJONER	6
10	REFERANSER / LITTERATURLISTE	7

Forord

‘Pilleprosjektet’ er et samarbeid mellom ulike faggrupper og profesjoner. Forberedelsen til prosjektet startet høsten 1994 som et samarbeidsprosjekt mellom Sandnes Sunn by, SAMKOM og Rogalandsforskning

Prosjektets styre har bestått av følgende aktører:

Fylkeslegen	ved ass. fylkeslege Torleiv Robberstad ,
Politiet	ved avdelingsleder Kåre Hauge,
Apotekene	ved apotekeier Jens Bore,
Legene	ved allmennlege Svein R. Kjosavik,
Rusomsorgen	ved sjefspesikolog/leder for PUT Amund Aakerholt og sosionom/nestleder Ove Langhelle ved Basissenteret,
Sandnes kommune	ved helsesjef Hans Petter Torvik og rusvernkonsulent i Sandnes kommune Sverre Nesvåg,
Rogalandsforskning	ved ass. direktør Martin Gjelsvik.

Styrets leder har vært Hans Petter Torvik. Prosjektet har vært ledet av Marie Smith-Solbakken fra Rogalandsforskning. Wenche Terjesen Berge fra Sandnes Sunn By har koordinert arbeidet mellom aktørene.

I prosjektets oppstartsfase søkte prosjektet støtte fra eksterne miljø og ressurspersoner for å sikre en best mulig kvalitet på arbeidet. Asbjørg Christophersen fra Statens Rettstoksikologiske Institutt, Ole Jacob Broch fra Universitetet i Bergen og Olav G. Aasland fra den norske lægeforening har deltatt i tverrfaglige planleggingsmøter og kommet med råd og veiledning. Kontakten med disse miljøene har vært nyttig og interessant.

Prosjektet har vært finansiert av Den norske lægeforening, Norges apotekerforening, Sosial- og helsedepartementet, Norges forskningsråd, Sandnes kommune, Rusmiddeldirektoratet og Rogalandsforskning.

Rogalandforskning har vært ansvarlig for gjennomføringen av prosjektet, mens Sandnes Sunn By har hatt koordineringsfunksjonen mellom fagmiljøene. Prosjektets har fra første stund tilstrebet samarbeidet på kommunenivå. Sandnes Sunn By har bidratt til å etablere et samarbeidsforum mellom helseetaten i kommunen, apotek, politi, fylkeslegen og 2. linjetjenesten (rusomsorgen). På denne måten har spesialistene deltatt i kommunen og vært med på å øke kompetansen i 1. linjetjenesten (jf Stortingsmelding 1969, 91-92, Tiltak for rusmiddelbrukere).

I de tre årene prosjektet har eksistert har alle disse miljøene opparbeidet seg kompetanse vedrørende bruk og misbruk av vanedannende legemidler. Deltakerne i prosjektet har videreført denne kunnskapen inn i sine fagmiljø. Siden prosjektet har vært solid forankret i driftsmiljøene har dette bidratt til at resultatene fra kartleggingen effektivt har blitt omgjort i konkrete tiltak og planer som 'benchmarking' av leger, helsetorg og utvikling av forebyggingsstrategier for mestring av livskriser.

Rapporten er bygget opp i kapitler hvor prosjektets ulike bidragsytere er angitt med navn. Likevel er det viktig å se rapporten i sammenheng for det meste av de resultatene som presenteres er et resultat av kollektiv innsats mellom bidragsytere hva gjelder datainnsamling, bearbeidinger og analyser. Til slutt vil vi takke alle deltakere i prosjektet legemidler på avveie. Det gjelder finansiører, faglige veiledere, representantene i styret og alle prosjektmedarbeiderne.

Stavanger 7. mai 1999

Hans Petter Torvik
Styrets leder

Marie Smith-Solbakken
Prosjektleder

Wenche Terjesen Berge
Prosjektkoordinator

1 Innledning

Av Marie Smith-Solbakken, Ragnhild Wiik, Wenche Terjesen Berge og Svein Kjosavik

Prosjektets hovedmål er

å redusere utilsiktet bruk og illegal omsetning av vanedannende legemidler (i reseptgruppe B).

For å oppnå dette siktet prosjektet mot følgende resultat:

- Oversikt over omfang av legemiddelmisbruk.
- Oversikt over hvilke legemidler som misbrukes.
- Oversikt over hvordan legemidler omsettes illegalt og hvordan de misbrukes.
- Legge grunnlag for utvikling av kvalitetssikringsrutiner som sikrer at pasientene får riktig behandling og riktige typer og mengder medikamenter.
- Utvikle holdninger og kunnskap om problemområdet hos innbyggere, fagfolk og politikere på alle nivå.
- Gi grunnlag for en allmenn politisk debatt og eventuelt politiske beslutninger om forholdet mellom tilsyn/kontroll og enkeltmenneskets frihet og behov for personvern.

Prosjektet er splittet i to hoveddeler, en kartleggingsdel og en tiltaksdel.

Kartleggingsdelen har for det første vært fokusert på å utvikle metoder for å kunne anslå omfanget av bruken av b-preparater i befolkningen fordelt på aldersgrupper, medikamenttype og mengde. Hensikten med dette har vært å beregne omfanget av misbrukere i to utvalgte kommuner, Sandnes og Gjesdal, og på nasjonalt nivå. For det andre har vi stilt spørsmål ved hva som karakteriserer utilsiktet bruk, hvem er involvert og hvilke motiv legges til grunn for å delta i denne virksomheten. For det tredje har vi sett på hvordan den illegale omsetningen forgår og hva som påvirker gateprisen på piller. For det fjerde har vi kartlagt pillenes brukspotensial og pekt på sammenhenger mellom misbruk og illegal omsetning.

Tiltaksdelen er gjennomført ved hjelp av tre tiltaksgrupper rettet mot:
1) Forebygging, 2) Kontroll og 3) Behandling. Gruppene ble bemannet med faglig kompetanse som primært ble hentet fra prosjektets styre.

1.1 Aktuelle legemidler

I Norge er reseptpliktige legemidler delt inn i tre klasser. A-preparat er de legale medikamenter som tilhører narkotikaklassen, så som morfin og liknende. Disse omfattes av spesielt strenge utleveringsregler, og skrives ut på spesielle resepter. C-preparatene er de legemidler som er på resept, men uten noe mer omfattende regler eller kontroll.

B-preparatene er psykoaktive legemidler som ikke er i narkotikaklassen, men som likevel er tillagt noe mer skjerpet kontroll. Disse midlene er vanedannende og kan gi en viss ruseffekt. Typiske medikamenter for denne gruppen er sterkere smertestillende medikamenter som Paralgin forte, beroligende midler som Valium, sovemedisiner som Rohypnol, og hostemidler som Cosylan.

Dette prosjektet har vært fokusert på slike legemidler siden de ofte brukes sammen med andre stoffer.

Det foreligger noe begrepsforvirring ved betegnelse av ulike typer psykoaktive legemidler. Eksempelvis deler Rusmiddeldirektoratet psykoaktive legemidler inn i følgende grupper: Beroligende midler (tranquillizers eller anxiolytica), sovemidler (sedativa og hypnotica), smertestillende midler (analgetica) og hostedempende midler. Trevor og Way (1995) setter imidlertid likhetstegn mellom sedativa og anxiolytica. I følge Trevor og Way bør et effektivt sedativt middel virke angstdempende og beroligende uten å påvirke mentale eller motoriske funksjoner. Et godt hypnotisk middel skal gi mest mulig naturlig søvn. Et hypnotisk middel virker mer dempende på sentralnervesystemet enn et sedativt middel. Ved å øke dosen av et sedativt middel kan imidlertid tilsvarende dempende effekt som ved et hypnotisk middel oppnås. I denne rapporten følger vi Rusmiddeldirektoratets inndeling.

1.2 Definerede døgndoser (ddd)

Måleenheten for de aktuelle medikamentene er definerte døgndoser (ddd). Dette er en internasjonal standardisert måleenhet man bruker i legemiddelstatistikk¹. Den representerer en antatt gjennomsnittlig døgndose for det enkelte legemiddel, brukt ved et av virkestoffets hovedindikasjoner.

Det er viktig å merke seg at definerte døgndoser ikke er den anbefalte dosering. Den terapeutiske dosering er den som anbefales i Felleskatalogen og i Norsk Legemiddelhandbok. Den kan være både høyere og lavere enn den definerte døgndosen, avhengig av alder, vekt, indikasjon for bruken mm.

1.3 Misbruk og avhengighet

Vi vil benevne legemidler som kan gi rus for 'psykoaktive legemidler'. Med *misbruk* mener vi bruk av slike midler for å oppnå rus. På engelsk kalles slik bruk for 'abuse'. Dette til forskjell fra 'misuse' som ofte medfører *avhengighet*, men der hensikten med bruken er å behandle en sykdom eller plage, men hvor legemiddelet brukes feil, i for store doser eller over for lang tid.

Vi definerer en *legemiddelmisbruker* som en person som bruker legemidler som et rusmiddel ('abuse'). Dette til forskjell fra en *legemiddelavhengig* som har problemer med å avslutte legemiddelbruken, men der bruken ikke har rus som hensikt ('misuse'). I dette prosjektet fokuserer vi både på 'misuse' og 'abuse'.

Begrepet 'avhengighet' er vanskelig i seg selv. Vi kan betrakte det som et udefinert begrep som alle forstår intuitivt. Vi vil dog presisere at vi først og fremst tillegger avhengige store problemer med å avslutte bruken. Det skilles ofte mellom psykisk og fysisk avhengighet. Hollister (1995) karakteriserer *Psykisk avhengighet* som en tvingende atferd rettet mot å få tak i og bruke legemiddelet. Bruken fører til en etterstrebet psykisk tilstand eller opplevelse. *Fysisk avhengighet* tilkjenner seg ved at manglende inntak av legemiddel gir symptomer som ofte refereres til som abstinens. Han poengterer at psykisk avhengighet ikke nødvendigvis fører til fysisk avhengighet og at den psykiske avhengigheten nesten alltid oppstår før den fysiske.

1. Jf. WHO Collaborating centre for Drug Statistics Methodology.

Det er ingen enighet om hvor mange som er avhengige av beroligende midler. Hollister (1995) presiserer at til tross for omfattende bruk av benzodiazepiner, forekommer fysisk avhengighet av denne kategori forholdsvis sjelden. I regi av Norges Forskningsråd ble det holdt en konsensuskonferanse i 1996² angående bruk av benzodiazepiner. Konklusjonen herfra var at det er ytterst sjelden at benzodiazepiner brukt i terapeutiske doser fører til avhengighet (sjeldnere enn i 1 % av tilfellene). Her er ICD-10 sin definisjon av avhengighet utgangspunktet, og samsvarer godt med Hollister sin tenkning omkring fysisk avhengighet.

Konsensuskonferansen konkluderte samtidig med at regelmessig bruk lengre enn 3 måneder fører til seponeringsproblemer hos 30 - 50 % og at det er en markert tendens til toleranseutvikling ved daglig bruk av benzodiazepiner. Dette dekkes gjerne av begrepet psykisk avhengighet.

Vi vil anse den som har betydelige seponeringsvansker som avhengige, og er således mindre opptatt av dette skille mellom psykisk og fysisk avhengighet.

Vi oppfatter at det er sentrale kulturelle og økonomiske sider ved rusmiljøet som har avgjørende betydning for å forstå fremveksten og reproduksjonen av slike miljø (Smith-Solbakken og Tunglund, 1997). Når personer har tilegnet seg en livsstil og væremåte tilpasset rusmiljøet, ervervet seg ensidige sosiale relasjoner knyttet til rusmiljøet og gjort seg avhengig av inntekter fra dette, kaller vi det kulturøkonomisk avhengighet. (Claussen 1992, Tunglund, Smith-Solbakken og Claussen 1996).

1.4 Bruksmønstre

² Rapport nr. 10 fra Komiteen for medisinsk teknologivurdering, 1996

Beroligende medikamenter kan misbrukes etter ulike mønstre. Mennesker med alvorlige emosjonelle forstyrrelser bruker gjerne medikamentene for å dempe ned og flykte fra sine problemer. De fleste misbrukere benytter imidlertid beroligende midler for å oppnå en rus på tilsvarende måte som ved misbruk av alkohol. Noen alternerer mellom beroligende midler og stimulerende (oppkvikkende) midler. Dette for at den ene typen medikament skal oppheve uønskede virkninger av den andre. De senere år har vist en økende tendens til å bruke beroligende midler som en del av et blandingsmisbruk.

Når en misbruker beroligende midler vil bestemte faser i det enkelte rusforløp være mer attraktive enn andre. For at en misbruker skal kunne oppleve disse bestemte fasene hyppig, synes det viktig at medikamentet går fort ut av kroppen.

Toleranse overfor den beroligende virkningen vil kunne utvikle seg, men ikke overfor den respirasjonshemmende effekten. Derfor vil f eks en blanding av beroligende medikament og alkohol til sammen kunne gi en "passende" rus, men samtidig føre til en fatal respirasjonshemming. Fordi beroligende midler oftest inntas oralt og fordi tablettene/kapslene inneholder nøyaktige doser med aktive komponenter, forekommer sjelden ikke-planlagte overdoser ved bruk av bare ett medikament.

1.5 Utilsiktet bruk og illegal omsetning

Til tross for at forbruk av ulike vanedannende medisiner har stabilisert seg eller gått noe ned de siste årene, har registrering av legemiddelmisbrukere gått opp. En forklaring på nedgang i det totale forbruket kan være at forbruket innen psykiatrien og eldreomsorgen har blitt redusert (Mouland, 1994). En forklaring på at antall legemiddelmisbrukere har økt kan skyldes at registreringssystemene hos fylkeslegene har blitt mer effektive.

Vi vet også at vanedannende legemidler brukes av andre enn reseptinnehaver, enten gjennom illegal videreomsetning eller ved at de misbrukes av andre familiemedlemmer (Jensen, 1991). En undersøkelse av 9.-klassinger i Steinkjer, Haugesund og Tromsø, utført i mai 1990, av tre apotekansatte farmasøyter, viste at hver tiende 9.-klassing brukte tabletter som rus, ofte kombinert med alkohol. Pillene tok de hjemme eller de fikk de av venner (Leer, Øksnes & Carstens, 1990). For de unge som første gang kommer i kontakt med vanedannende medikamenter viser mødre seg å være "leverandører" (Leer, Øksnes & Carstens, 1990, Jensen, 1991, Pedersen, 1992). Andre studier viser en sterk tendens til at de som først har begynt, gjerne blir vedvarende brukere (Holmberg, 1985, Isacson, Carsjø & Bergman 1992). Vi vet også at personer med et svakt sosialt nettverk og lav subjektiv helsevurdering har et høyt forbruk av vanedannende medikamenter (Bjørndal & Forsén, 1989).

En studie fra Rogalandsforskning av ungdom i rusmiljø viser også at legemidler brukt som rusmiddel er et problem. Det samme gjelder illegal omsetning av legemidler forskrevet av lege (Smith-Solbakken, 1995, Smith-Solbakken, Tunglund 1997). Undersøkelsen fra RF har tydelig synliggjort hvordan legemidler kommer på avveier og brukes som rus på et illegalt narkotikamarked. Dette ble første gang slått fast i en undersøkelse av Torleif Robberstad i 1983. I denne undersøkelse systematiserte han alle innløste resepter i kategori B fra samtlige apotek i Haugesund og Stavanger over en to måneders periode. Her fant han at over halvparten av dem som fikk forskrevet påfallende store mengder b-preparater benyttet flere leger og flere apotek. Gjennom en slik strategisk markedsatferd var det altså mulig å skaffe seg store mengder b-preparater som enten ble misbrukt eller solgt videre i narkomiljøet med fortjeneste . Robberstad fant at aktører som vanligvis ikke forbindes med narkomiljøet deltok i dette. Eksempelvis var de to verste ”shopperne” i Robberstads materiale en tannlege og en middelaldrende lærer. Dette stemmer overens med resultatene fra Rogalandsforskning som viser at det ikke bare er kjente og synlige rusmisbrukere som er de mest aktive. Pensjonister, unge kvinner, idrettsungdom og etablerte ektepar deltar også i den ulovlige, men lukrative, omsetningen av legemidler (Smith-Solbakken, Tunglund 1997).

Vi har i dette prosjektet søkt å avklare i hvilken grad bruksmønstre og omsetning skiller seg fra bruk og omsetning av narkotika. Vi vet i utgangspunktet at b-preparater skiller seg fra narkotika ved at de er legale i første omsetningsledd. Det eneste som trengs er en resept fra legen. Ulovlighetene inntreffer først i det pasienten selger sine medikamenter videre. Vi har da sett at medikamentene blir en vare i det illegale rusmiljøet på lik linje med hjemmebrent, smugler sprit og narkotika.

1.6 Forskrivningspraksis

Forskrivning av vanedannende medikamenter er et vanskelig område å forvalte faglig, bl.a. fordi leger ved enkelte diagnoser mangler objektive og målbare kriterier for diagnostikk og indikasjonsstilling. Det finnes ingen allment aksepterte faglige normer (Bjørndal et al, 1983). At feltet er vanskelig å håndtere bekreftes av store variasjoner i legers forskrivningspraksis både på individnivå og fylkesnivå (Bjørndal, 1983, Dybwad et al, 1994). I tillegg er det blant de faglige sakkyndige ulike meninger om hvilken berettigelse forskrivning av b-preparater har (Retterstøl, 1971, Lader, 1978, Bratfos, 1981). Dette gjelder også misbruksfaren (Bruun & Klem, 1992).

En undersøkelse av injiserende stoffmisbrukere i Oslo viste at to tredjedeler av misbrukerne fikk resepter på vanedannende legemidler i løpet av ett år. Konklusjonen var at stoffmisbrukere anvender legalt foreskrevne tabletter i tillegg til, og ikke i stedet for andre rusmidler, slik hensikten var (Solberg, 1992). Mye av oppmerksomheten har vært rettet mot pasientgrupper som er synlige misbrukere (Statens helsetilsyn, 1995). En undersøkelse fra Vest-Agder viste imidlertid at de fleste benzodiazepin-brukere er sosialt veltilpassende og har lite til felles med tradisjonelle misbrukere (Mouland, 1994). Vi er også opptatt av å kunne registrere de ikke-stigmatiserte brukerne av b-preparater, fordi vi vet at langtidsbrukerne er "a mixed bag" (Busto, 1986, King, 1994). Eldre utgjør den største brukergruppen. En undersøkelse av forskrivningspraksis for bruken av b-preparater i Oslo og Akershus viste at til pasienter over 70 år ble det forskrevet over 25 ganger så mange definerte døgndoser som til dem under 30 år. Volumet tilsvarer at hver sjette person i aldersgruppen 70-79 år får forskrevet b-preparater fast, og for høyere aldersgrupper øker dette til hver fjerde person (Dybwad e.a., 1994). Det er også dokumentert at høyt medisinsalg av vanedannende medikamenter ledsages av misbruk som gjør seg gjeldende i trafikken. De som kjører i medikamentrus er nesten uten unntak misbrukere (Kruse & Christoffersen, 1994, Skurtveit, Christoffersen & Mørland, 1995).

Når det gjelder *legers holdninger og forskrivningspraksis* i forhold til vanedannende medikamenter vet vi at størstedelen av vanedannende medisiner forskrives av allmennpraktiserende leger. Eksempelvis stod allmennpraktikere i Aust-Agder for 77% av forskrivningen av benzodiazepiner i fylket i 1985 (Mouland, 1994). Av pasienter som oppsøker allmennpraktikere stod allerede 56% av pasientene på medikamentell behandling (Rutle, 1983). Leger mener at forskrivning ofte er et resultat av påtrykk fra pasientene (Jensen, 1991), og norske leger tror at hele 41% av menn som konsulterer lege ville gått til andre leger om de ikke hadde fått ønsket sitt innfridd. (Aga et al, 1987) Fra en engelsk studie vet vi at legevaktleger forskriver mer b-preparater enn den vanlige allmenpraktiker, (Nazareth & King, 1989) og fra norske forhold vet vi at det er stor forskjell på allmenpraktikere og psykiatere når det gjelder forskrivning av benzodiazepiner. Psykiatere har en langt mer restriktiv holdning til forskrivning av b-preparater enn allmenpraktikere (Kristensen & Fjermestad, 1991). Vi vet også at pasienter som oppsøker lege forventer å få forskrevet legemidler, (Aga e.a., 1987) men at legene allikevel forskriver mer enn det som forventes (Jensen, 1991, Hansen & Jensen, 1993).

Gjennomgang av studier på bruk av benzodiazepiner, forskrivningspraksis og tiltak viser at disse i alt overveiende grad er studier på individnivå, hvor målgruppene er både leger og pasienter. Bare i liten grad har vi sett studier som vektlegger et helhetlig perspektiv hvor også kulturelle og økonomiske føringer som påvirker forskrivnings-, utleverings- og brukerpraksis er belyst. Vi finner ingen andre enn RF som har publikasjoner om den kulturøkonomiske sammenhengen mellom det legale legemiddelmarked og det illegale rusmarked. (Smith–Solbakken og Tunglund 1997).

1.7 Kvalitetssikring

Som det fremgår av det ovenstående har det over lengre tid vært gjennomført mange studier rettet mot bruk av benzodiazepiner, og da hovedsakelig på grunn av deres potensial for avhengighet, slik flere studier bekrefter (Isacson, Carsjø, Bergman & Blackburn, 1992, Isacson, Carsjø & Bergman, 1992).

Flere intervensjonsstudier viser at det går an å endre både legers og pasienters atferd (Rutle, 1983, Andreasen, Errebo-Knudsen & Kristensen, 1989, Bjerke, Aga, Bjørnstad, 1991, Haueng Larsen, 1992, Haueng Larsen & Matheson, 1992, Tellnes & Bjørndal 1986). F. eks. har det vist seg at informasjon fra farmasøyt eller lege, ved personlig fremmøte i legens praksis, signifikant endrer legers forskrivningspraksis (Holm, M. 1990). Gjennomgangen av studier viser at bruken av b-preparater er en stor utfordring for legestanden (Holm, 1993).

Fra flere hold pekes det nå på behovet for å utarbeide nye forskrivningsstrategier for allmennpraktikere både fordi det stilles spørsmål ved den terapeutiske berettigelsen, og for å redusere misbruk (Bjørndal et al 1983, Robberstad, 1983). Fra politisk hold signaliseres det nå en sterkere dreining mot forebygging (St.meld. nr. 37), men vi ser få studier i denne sammenheng som har er forebyggende perspektiv.

Flytter vi fokus til tilsyns- og fagmyndigheter ser vi nå en vektlegging av *systematikk* for å bedre kvaliteten på tjenester og produkter. F. eks. foreligger det nå et forslag fra Statens helsetilsyn om at pasienter som bruker vanedannende medikamenter skal legitimere seg på apotek. Dessuten har vi veiledere på registrerings- og forskrivningspraksis (Bremer, 1992, Statens helsetilsyn, 1990, Statens helsetilsyn, 1995). Undersøkelser støtter opp under at registrering av misbrukere er en riktig veg å gå for å begrense legemiddelbruk og hjelpe bort fra avhengighet (Kverme, 1994). Dette er fulgt opp i innstilling til videre reduksjon av vanedannende medikamenter (Fylkeslege-etaten, 1993), hvor det bl. a. heter i to av punktene at hensikten med registreringsordningen er særlig å, (sitat):

- (c) Redusere strømmen av legalt solgte legemidler til det illegale markedet.
- (f) Hindre at misbrukere får forskrevet vanedannende legemidler fra flere leger på samme tid.

Innstillingen vektlegger *tilsyn* for å holde tilførselen av vanedannende legemidler på et minimum, og varsler en dreining fra individ- til systemnivå.

Imidlertid sies det ikke noe her om hvordan en skal hindre at misbrukere bruker flere leger og flere apotek. Diskusjon om legemiddelbruk og misbruk hindres av taushetsplikten som i utgangspunktet skal beskytte pasienten (Klausen, 1992). Datatilsynets håndheving av personvernet kan i denne sammenheng oppfattes som å være "det godes fiende" når kobling av datalister ikke tillates nettopp for å avdekke at pasienter bruker flere leger og apotek.

Den norske lægeforening har på flere måter engasjert seg i å sikre kvaliteten på medisinsk virksomhet ved å utarbeide standard for kvalitet f.eks. gjennom skrifter som 'Veiledning i utarbeiding av Kvalitetshåndbok for medisinsk virksomhet' (Den norske lægeforening, 1992). Kvalitetssikring handler om å følge opp standarder for kvalitet bl. a. gjennom tilsyn og kontroll. Gjennom intern eller ekstern kontroll kan praksis sammenholdes med standarder, og eventuelle korrigeringer av avvik kan gjøres. Studier viser at kvalitetssikring slik det fungerer i petroleumsindustrien står for en sterkere grad av kontroll enn i helsesektoren. Endring av styrings- og kontrolltradisjoner i helsesektoren, knyttet til økt styringsintensitet og virkemiddelutforming, har møtt motstand (Sitter, 1989).

Også fra studier knyttet til apotek/farmasitjenesten ser vi eksempler som vektlegger prinsipper for sikring av kvalitet i arbeidet bl. a. i forhold til utleveringspraksis (Bruun & Klem, 1992, Haug, 1992).

Løfter vi blikket, ser vi et problemfeltet hvor det gjennom lang tid, og på flere måter har vært forsøkt å gjøre endringer for å redusere utilsiktet bruk av b-preparater. Endringene er imidlertid små og skrittvis, og ser snarere ut til å føre til at det blir "stadig mer av det samme" (Watzlawick, 1974): det blir stadig mer legemidler på avveier. Utfordringen er å finne frem til gjennomgripende endringer "av en annen orden" når en skal intervensere på feltet.

Selv om det til nå har vært umulig å få en konsensus omkring bruken av b-preparater, har målet vårt vært å lage veiledende normer for bruken av og forskrivningen av denne typen legemidler. Vi tar utgangspunkt i "trafikklys"-analogien. Her er "grønt" nivå et forbruk med akseptabel risiko, "gult" nivå et risikofylt forbruk og "rødt" nivå et antatt avhengighetsskapende forbruk. Vi har delt 'rødt' i to undernivåer for å skille enda bedre de som er i denne enden av skalaen, både av hensyn til epidemiologien, men og fordi det etter vår oppfatning bedrer forståelsen av omfanget og tankegangen bak våre normer.

2 Metoder

av Marie Smith-Solbakken, Ragnhild Wiik og Terje Lie

Prosjektet Piller på avveie er sammensatt av flere delprosjekter med ulike metoder. Vi har innhentet data gjennom metoder som intervjuer, observasjon, dagboksføring og opplysninger fra apotekenes registre over resepter. Nedenfor redegjør nærmere for de ulike metodene vi har brukt.

2.1 Metodetriangulering

Vi har benyttet ulike metoder for å få svar på én og samme problemstilling (metode-triangulering). Dette gjør at resultatene blir sikrere og mer dyptgående dokumentert samtidig som vår forståelse blir mer helhetlig. For å klarlegge bruksmønstre har vi benyttet intervju med misbrukerinformanter, statistisk behandling av dagboksnotater samt opplysninger fra f eks Felleskatalogen. For å klarlegge omsetningssystemer har vi lagt til grunn intervjuer, observasjoner og apotekdata. For å teste og utdype våre hypoteser om sammenhenger mellom det vi har kalt biologisk og kulturøkonomisk avhengighet har vi benyttet faktoranalyse.

2.2 Informanter

Følgende hovedkategorier av informanter er innbefattet i undersøkelsen: pillemisbrukere og leger.

Legemiddelmisbrukere/multibrukere

Vi intervjuet 31 legemiddelmisbrukere, 14 kvinner og 17 menn. Av disse vil vi karakterisere 29 som misbrukere da intervjuet ble foretatt, mens 2 rapporterte å kun bruke piller i henhold til legens forordning.

De fleste informantene var mellom 20 og 40 år. Informantene er hovedsakelig rekruttert gjennom lege, rusomsorgen (Psykiatrisk ungdomsteam og Basissenteret) og politiet. Etter at prosjektet ble kjent gjennom media, kontaktet også enkeltpersoner oss og ba om å få delta. Andre er også rekruttert gjennom kontakter fra tidligere prosjekter.

Samtlige informanter er gitt tilfeldige kodenavn som stemmer overens med kjønn.

Leger

Ti av totalt rundt 25 allmennpraktiserende leger i Sandnes kommune er intervjuet, 4 kvinner og 6 menn.

Villighet til å stille opp

Nesten alle informanter som ble kontaktet var villige til å la seg intervju. De som ble spurt om å skrive dagbok eller om å ta oss med for at vi skulle kunne observere f eks illegale legemiddeltransaksjoner var også positive. Av legene var det kun én som ubetinget reservert seg. Ellers var det 4 som uttrykte at de ikke kunne prioritere å la seg intervju pga. tidspress.

2.3 Kvalitative medoter

2.3.1 Intervju av legemiddelmisbrukere og leger

Legemiddelmisbrukerne ble intervjuet enkeltvis (eller to og to ved parforhold) én eller flere ganger i løpet av perioden høsten 1995 til 1997. Intervjuene ble foretatt hjemme hos informanten eller på en kafé hvor informanten følte seg trygg. Hvert intervju varte ca. 1,5 time. De fleste informantene intervjuet vi flere ganger.

Intervjuene hadde form som samtaler. Vi holdt oss imidlertid innen området "rus-karriere". Konkrete tema for intervjuet var oppvekstvilkår, familieforhold, omsetning av legemidler, vei inn i legemiddelmisbruket, bruksmønster, eventuell vei ut av misbruket og nå-situasjonen (livsløpsintervju med et narrativt aspekt, Malterud, 1996). Resultatene fra intervjuene er presentert i form av representative "historier" til utvalgte informanter.

Legene ble intervjuet enkeltvis på sine kontor. Hvert intervju varte fra 1 til 1,5 time.

Vi benyttet intervjuguide for å klarlegge legenes holdninger og praksis med hensyn til forskrivning av b-preparater.

2.3.2 Observasjon

I noen tilfeller innhentet vi data ved deltakende observasjon (Malterud, 1996). Forskere (1-2) var til stede ved flere illegale legemiddeltransaksjoner. Vi observerte hvilke 'typer' mennesker som selger legemidler. Vi var også tilstede i en skoleklasse (elever i alderen omkring 17 år) på videregående skole i en dobbelttime. Vi kom for å informere om legemiddelmisbruk og for å hjelpe igang elever som skulle skrive en oppgave om dette temaet (Torstensen et al, 1996). Som et utgangspunkt for diskusjonen ba vi elevene om å skrive ned hvilke legemidler som kunne brukes til å oppnå rus. I tillegg ba vi dem oppgi om de selv hadde forsøkt legemidler til rus og eventuelt hvordan de hadde fått legemidlene. Dette ble gjort anonymt. Gjennom diskusjonen observerte vi elevene sine holdninger til legemiddelmisbruk.

2.4 Dagboksnotater

Fire av pillemisbrukerne førte dagbok over inntak av medikamenter (piller, illegale rusmidler og alkohol), næringsstoffer (mat, drikke, kosttilskudd i form av f eks vitaminer) samt fysisk og psykisk form/tilstand. Vi hadde på forhånd møtt informantene flere ganger, og hadde etablert et tillitsforhold til dem. Informantene ble lovet tilbakemelding om resultatene. En av informantene fikk en brukt PC til å skrive inn sine data. Ellers spanderte vi middag/kaffe informantene noen ganger. Informantene ble lovet anonymitet.

Dataene ble bearbeidet vha. faktoranalyse. Dette er en statistisk metode for å undersøke sammenhenger mellom et stort antall variable (f eks test-skårer, svar på spørreskjema osv) og så forklare disse variablene ved hjelp av et mindre antall felles underliggende dimensjoner, også kalt faktorer eller komponenter (se f eks Nie et al 1975 og Hair et al 1990). Hensikten med faktoranalysen i dette tilfellet er å undersøke om det finnes underliggende mønstre eller dimensjoner i den enkelte dagbokføreres bruk av piller/andre rusmidler.

Bruken av faktoranalyse på dagboksnotater er lite kjent i litteraturen og må denne forbindelse sees på som en utprøving av metoden.

2.5 Apotekdata

Opplysninger fra apotekenes registre over forskrivninger ble brukt for å få best mulig tall for pasientenes forbruk av b-preparater. Tilgang til slike data måtte først og fremst godkjennes av det enkelte apotek, men også Statens helsetilsyn og Datatilsynet behandlet saken. RF-Rogalandforskning fikk anledning til å ta ut opplysninger fra apotekene forutsatt sikkerhetsrutiner som partene godkjente. Apotek i Rogaland og Vest-Agder ble invitert til å delta. I alt 12 apotek fra Stavanger til Kristiansand svarte positivt på forespørselen. Observasjonsperioden var fra 01.10.94 til 31.08.95. For tre apotek var den noe kortere.

Undersøkelsen av forskrivningen er gjennomført i to deler. Felles for begge er at alle data om apotekenes kunder (pasientene) er irreversibelt kryptert før de ble hentet ut av apotekenes datasystem³. Ved denne prosedyren er det ikke mulig å spore informasjon fra den krypterte koden tilbake til personer som er registrert i apotekenes data-systemer. Alle personer gis en entydig kode ved denne prosedyren som også gjør det mulig å følge personene fra lege til lege og apotek til apotek, uten at man kan identifisere vedkommende. I den første studien (se kapittel 3) er også rekvirentens identitet (i de fleste tilfeller leger, men kan også være tannleger) kryptert på samme måte. I denne delen av prosjektet utleveres ingen identifiserbare data fra apotekene.

I den andre delstudien der en gjennomfører en tilbakemelding til leger, er legens identitet kryptert reversibelt, etter avtale med hver enkelt. Dette er nødvendig for å kunne gi den enkelte lege en tilbakemelding over egen forskrivning sammenlignet med kollegenes praksis. Den enkelte lege får en PIN-kode som kun vedkommende selv kjenner og kan slik identifisere egne data i tilbakemeldingene.

Anonymiserte datafiler er overført til og videre bearbeidet i statistikkprogrammet SPSS. Den statistiske telleenheten i materialet fra apotekene er **forskrivning**, dvs. en opplysning som registreres hver gang et medikament forskrives til en pasient. Opplysningene bygger på resepter fra den enkelte lege eller annen rekvirent. Datafilen inneholder opplysninger om i alt rundt 156 000 forskrivninger. Dette tilsvarer om lag 50 000 personer, dvs. at hver person har mottatt noe over 3 forskrivninger i gjennomsnitt.

3 Barclay Stevenson har utarbeidet alle sikkerhetsrutiner, rutiner for kryptering og uttak av data fra apotekene.

3 Folks bruk av b-preparater

av Terje Lie og Svein R. Kjosavik

Det er gjennomført undersøkelser av forskrivningen av b-preparater på grunnlag av apotekenes registre. Formålet med undersøkelsene var å få en epidemiologisk oversikt over forskrivningen av slike midler, og på bakgrunn av dette, finne mulige kilder for lekkasje av preparatene til det illegale markedet. Materialet har også vært grunnlag for å utarbeide normative grenser for forskrivning av b-preparat og for å gi tilbakemelding til leger om eget forskrivningsmønster. For drøfting av litteratur vises til avsnittene 1.5, 1.6 og 1.7.

Undersøkelse av forskrivningen er gjennomført i to deler. Felles for begge studiene er at alle data om apotekenes kunder (pasientene) er irreversibelt kryptert før de ble hentet ut av apotekenes datasystem⁴. Ved denne prosedyren er det ikke mulig å spore informasjon fra den krypterte koden tilbake til personer som er registrert i apotekenes datasystemer. Alle personer gis en entydig kode ved denne prosedyren, og ved hjelp av koden kan en følge personene fra lege til lege og apotek til apotek, men uten at man kan identifisere vedkommende. I den første studien er også rekvirentens identitet (i de fleste tilfeller leger, men kan også være tannleger) kryptert på samme måte. I denne delen av prosjektet utleveres ingen identifiserbare data fra apotekene.

I den andre delstudien er legens identitet kryptert reversibelt, etter avtale med de aktuelle leger. Den enkelte lege får en PIN-kode som kun legen selv kjenner. Dette gjør oss i stand til å gi den enkelte lege en tilbakemelding over legens forskrivning sammenlignet med kollegenes praksis på en slik måte at kun den enkelte lege kjenner sin egen identitet.

⁴ Algoritmen som er valgt er "The MD5 Message-Digest Algorithm" hentet fra MIT Laboratory for Computer Science.

Ved kryptering er algoritmen basert på fødselsdato, etternavn og mellomnavn samt en krypteringsnøkkel. Det er laget et kontrollprogram som tar hensyn til en del vanlige variasjoner i skrivemåte av navn.

I dette kapitlet blir resultater fra den første delstudier rapportert. Den andre delen samt de normative grensene for forskrivning tas opp i et senere kapittel.

3.1 Opplysninger fra apotekene

I den første delstudien ble apotek fra Stavanger til Kristiansand invitert til å delta. I alt 12 apotek svarte positivt på forespørselen, jf Tabell 3-1.

Tabell 3-1 Oversikt over apotek i undersøkelsen

Kommune	Antall apotek*	Folketall
Stavanger	5 av 6	103590
Sandnes	2 av 2	48736
Sola	1 av 1	17779
Lyngdal	1 av 1	6901
Farsund	1 av 1	9238
Mandal	1 av 1	12910
Kristiansand	1 av 8	68609
I alt	12	267763

* Sykehusapotek holdt utenfor.

Observasjonsperioden var fra 01.10.94 til 31.08.95, altså 11 måneder. For tre apotek var den noe kortere ⁵. Vi har likevel valgt å regne som om observasjonsperioden var lik for alle apotek.

Følgende opplysninger ble tatt ut fra apotekenes databaser:

- Antall definerte døgndoser,
- Ekspedisjonsdato,
- Pasientens fødselsdato og navn (kryptert),
- Alder (gruppert i 5-års intervaller fra 20 til 69 år samt under 20 og over 70 år).
- Type medikament (b- preparat, navn og gruppe) og
- Rekvirentens navn (kryptert).

Undersøkelsen omfatter følgende b-preparater:

Smertestillende Paralgin forte, Codalgin forte, Codacetyl, Fortralin, Somadril,
Somadril comp., Norgesic, Trancopal og Anervan

Beroligende Diazepam Oxazepam

⁵ For tre apotek var observasjonstiden kortere.
hhv. 20.10.94–31.08.95, 01.01.95 – 31.08.95 og 01.02.95–31.08.95.

Sovemedisin Nitrazepam Flunitrazepam Zopikton
Hostedempende midler Cosylan, Kodein, Solvipect comp og Sterk hostemikstur

Måleenheten for de aktuelle medikamentene er definerte døgndoser (ddd) som er en internasjonal standardisert måleenhet man bruker i legemiddelstatistikk⁶. Den representerer en antatt gjennomsnittlig døgndose for det enkelte legemiddel, brukt ved et av virkestoffets hovedindikasjoner.

Definerte døgndoser er altså ikke den anbefalte dosering. Dette er viktig å merke seg. Den terapeutiske dosering er den som anbefales i Felleskatalogen og i Norsk Legemiddelhandbok.

Materialet fra apotekene omfatter 156.000 ordinasjoner fordelt på 51.330 personer og 4242 rekvirenter. I alt er det forskrevet 4,262 millioner ddd fra apotekene nevnt i i observasjonsperioden. For kommunene Sandnes, Sola, Stavanger, Mandal, Lyngdal og Farsund er apotekenes dekningsgrad god mens den for Kristiansand er lite dekkende.

3.2 Andel av befolkningen som får forskrevet b-preparater

Når vi skal beregne andel av befolkningen som får forskrevet b-preparater, må vi ta hensyn til mulige feilkilder :

- a) Pasienter kan kjøpe legemidler i andre kommuner enn i den kommunen vedkommende bor i – og
- b) i beregningene må det tas hensyn til at ett apotek mangler.

⁶ ddd = Statistikk faktor/Anbefalt døgndose * Antall pakninger per ordinasjon. Jf. WHO Collaborating centre for Drug Statistics Methodology.

Dataene gir ikke opplysning om kundens bostedskommune. Dataene gir likevel indikasjon på at medikamenter er forskrevet av rekvirenter utenfor den kommune apoteket er lokalisert. Som vi siden skal vise, er 92 prosent av alle døgnoaser forskrevet av en begrenset andel rekvirenter. Det antall rekvirenter som forskriver den største andel medikamenter samsvarer i stor grad med antallet lokale leger i kommunen. Dette tyder på at de lokale legene står for størstedelen av forskrivingen. Men det betyr også at en stor andel leger f eks spesialister, leger fra andre regioner samt tannleger forskriver medikamenter til en ikke ubetydelig andel pasienter, men i små doser. Dette kan gi som effekt at andelen pasienter med lav forskrivning påvirkes av personer som ikke er bosatt i den undersøkte region.

Andelen som får lave definert døgndoser kan derfor bli større en det som er 'korrekt' for befolkningen i en region. Vi velger i denne sammenheng å behandle dataene som om "gjester" ved de ulike apotek bor i en av de aktuelle kommuner i materialet. For å få et riktig befolkningsunderlag for beregning av andel kunder, har vi tatt ut Kristiansand, fordi det her bare deltar ett apotek.

Den aktuelle region omfatter da kommunene Mandal, Lyngdal, Farsund, Sandnes, Sola og Stavanger. I Stavanger mangler et apotek. I samsvar med vanlige metoderegler har vi gitt det manglende apoteket en omsetning tilsvarende gjennomsnittet for de andre apotekene i kommunen. Siden materialet er såvidt stort vil eventuelle feil være av marginal betydning for resultatet.

Andel av befolkningen som får b-preparater stiger klart med stigende alder. Mens 140 personer per 1000 innbyggere fikk b-preparater i aldersgruppen 20-29 år, var det tilsvarende tallet 687 personer i aldersgruppen 70 år og over. Men også aldersgruppen 50-59 år har ganske høy 'dekningsgrad', med nær 370 ddd per 1000 innbyggere, se Tabell 3-2.

Tabell 3-2 Antall personer i ulike aldersgrupper som fikk b-preparater i den undersøkte regionen, totalt og per 1000 innbyggere

Aldersgrupper	Befolkning per 1.1.95	Antall personer som fikk b-preparat fra 01.10.94 til 31.08.95	Antall som fikk b- preparat per 1000 innbyggere
Under 20 år	56.461	1.737	30
20-29 år	32.084	4.508	140
30-39 år	32.119	7.347	229

40-49 år	27.288	8.251	302
50-59 år	17.822	7.725	433
60-69 år	13.485	6.812	505
70 år og eldre	19.306	13.259	687
Alle grupper	199.154	49.640	250

3.3 Størst volum sovemidler, men flest pasienter får smertestillende

Smertestillende medikamenter blir skrevet ut til flest pasienter, men med relativt små doser i gjennomsnitt per person. Målt i antall personer kommer deretter beroligende midler, sovemidler og hostedempende midler. Sovemidler skrives ut i størst volum ddd i gjennomsnitt per person, og har totalt sett størst omsetning, jf Tabell 3-3.

Tabell 3-3 Pasienter etter type medikament mottatt i undersøkelsesperioden, sum av definerte døgndoser og gjennomsnitt ddd per person.

	Antall personer	Sum definerte døgndoser	Gjennomsnitt per person	Standard avvik
ATC gr 1 Smertestillende	26180	931764	36	72
ATC gr 2 Beroligende	15973	1348306	84	122
ATC gr 3 Sovemidler	13224	1873806	142	143
ATC gr 4 Hostemikstur	10903	111083	10	24

3.3.1 De fleste får små og moderate doser medikamenter

De fleste pasientene får relativt små doser, mens et lite mindretall får store eller påfallende store mengder døgndoser. Vel 90 prosent av pasientene får under 300 døgndoser (samlet for alle medikamentgrupper) i løpet av observasjonsperioden.

Neste halvparten, 49 prosent, av pasientene fikk 20 ddd eller mindre. Andelen som fikk mellom 20 og 100 ddd utgjør 30 prosent. Nær 80 prosent av pasientene, tilsvarende 40 000 personer, har altså fått svært små doser i løpet av perioden. De resterende 20 prosentene av pasientene har dels fått det vi kan kalle moderate doser på mellom 100 og 300 ddd (14 prosent) og dels ganske store doser: 5 prosent mellom 300 og 600 ddd og 2 prosent over 600 ddd i løpet av perioden.

Tabell 3-4 Kunder på apotek etter mengde mottatte døgndoser i undersøkelsesperioden.

Summen av b-preparater den enkelte har fått	Antall personer	Prosent	Kumulativ prosent
20 ddd og mindre	25202	49	49
21-50 ddd	9840	19	68
51-100 ddd	5669	11	79
101-300 ddd	7072	14	93
301-600 ddd	2607	5	98

601 ddd - og over	930	2	100
Totalt	51330	100	

3.4 Forskrivningsmønster for de enkelte medikamentgrupper

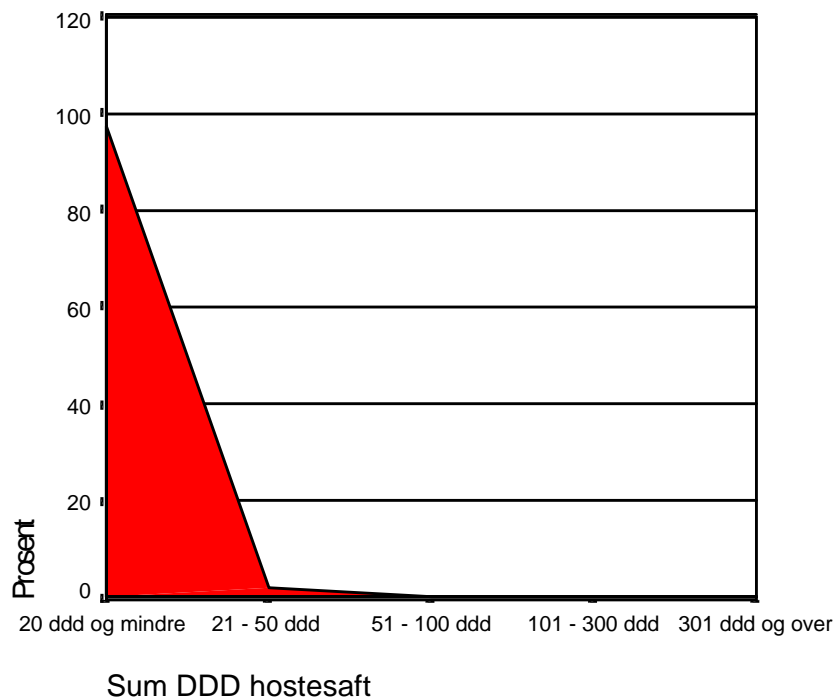
Dette avsnittet viser hvilke døgndoser pasientene mottar av hver enkelt medikamentgruppe (alle pasienter).

Figur 3.1 til 3–4 viser forskrivning for de forskjellige medikamentene. Hovedmønsteret er, som påpekt ovenfor, at et stort flertall får en lav døgndose mens et lite mindretall får høye doser. Det er imidlertid noen karakteristiske ‘profiler’ for de enkelte gruppene.

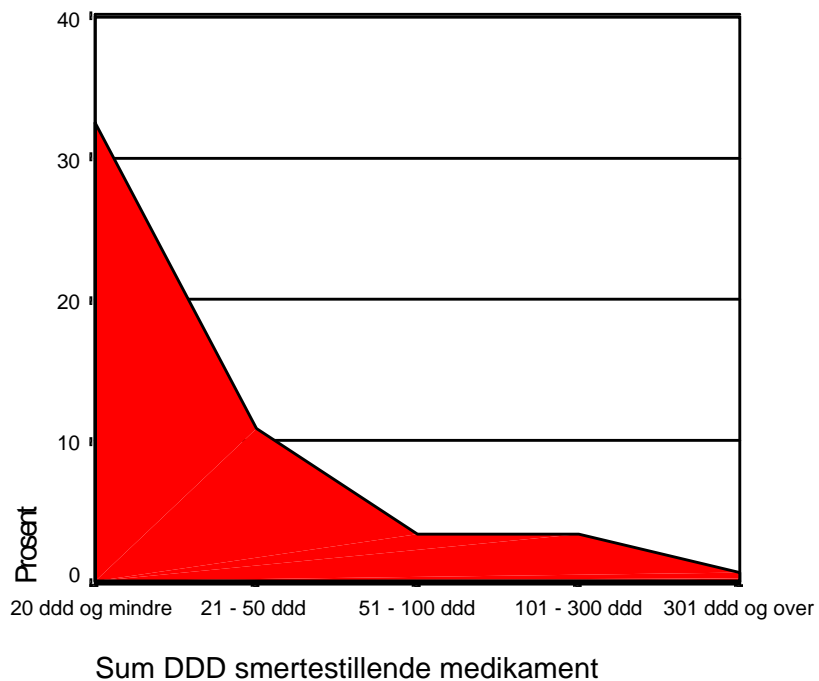
Hostedempende medikamenter har en bratt kurve som viser at mange får svært små døgndoser; nesten ingen får over 50 ddd, jf Figur 3.1.

Kurven for smertestillende medikamenter faller bratt til å begynne med, men flater deretter ut. De fleste får altså små og moderate døgndoser, mens et lite mindretall får større doser, jf Figur 3.2. Forskrivningsmønsteret for beroligende midler er typisk “topuklet”, se Figur 3.3. En stor andel av pasientene får små mengder, men et betydelig antall får også ganske store doser.

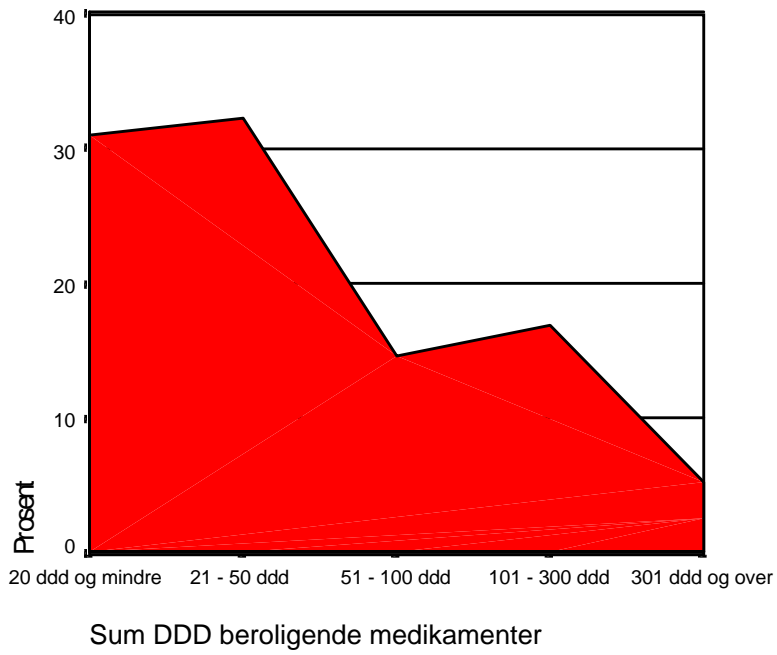
Forskriving av sovemidler har en helt annerledes fordeling, jf figur 3–4. Kurven er ganske symmetrisk og viser at når man først forskriver disse midlene, skjer det i store doser.



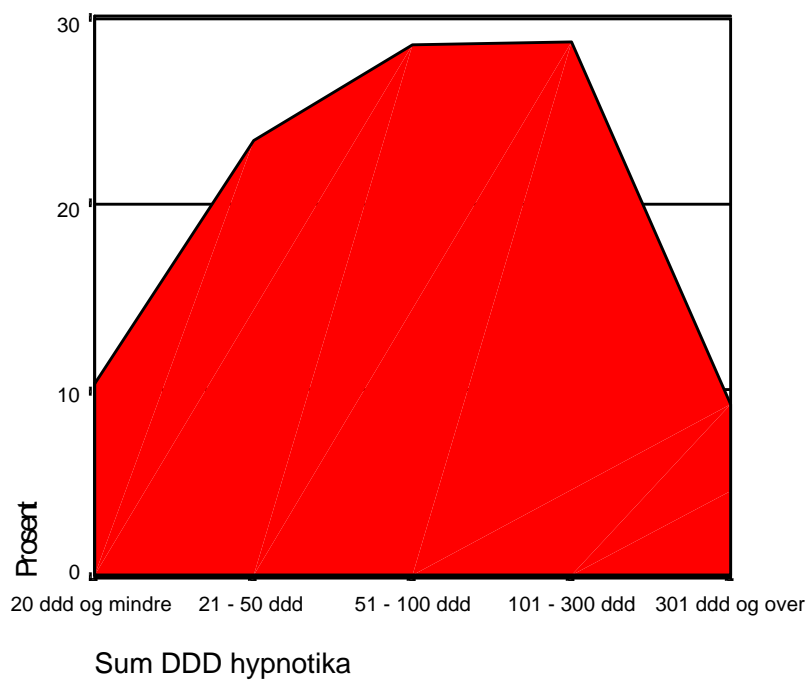
Figur 3.1 Hostedependende medikamenter



Figur 3.2 Smertestillende medikamenter



Figur 3.3 Beroligende medikamenter



Figur 3.4 Sovemidler

3.5 Forbrukeratferd og mulige kilder til lekkasje

Et sentral spørsmål i undersøkelsen er om det finnes mulige kilder for 'lekkasje' av b-preparater (se også kapittel 8). Med kilder for lekkasje sikter vi her til videresalg av piller til andre. Vi har ovenfor antydnet at personer som mottar påfallende store doser kan representere en mulig lekkasje. Kan vi så gjennom pasientens atferd si noe om sannsynligheten for slik 'lekkasje'? Apotekdataene gir en viss mulighet for dette. Analyse av data viser hvor mange forskjellige leger den enkelte pasient har besøkt i perioden og hvor store doser vedkommende har mottatt. Mulige strategier for pasientene for å få tak i mest mulig medikamenter, er å besøke mange leger og/eller å gå til mange apotek for å skjule at man er storforbruker av medikamenter. Tabell 3-5 viser antall leger besøkt i perioden for alle pasienter, mens Tabell 3-6 viser tallet på forskjellige apotek som er besøkt.

Tabell 3-5 Pasienter etter antall leger besøk i undersøkelsesperioden*)

	Frekvens	Prosent	Kumulativ Prosent
1 lege	40073	78,1	78,1
2 leger	7852	15,3	93,4
3 leger	2258	4,4	97,8
4 leger	665	1,3	99,1
5-9 leger	455	,9	99,9
10 leger og over	27	,1	100,0
Total	51330	100,0	

*) Antall leger snitt = 1,3. Maksimum antall leger = 22.

Godt over $\frac{3}{4}$ av alle pasientene (78 prosent) har holdt seg til bare en lege i hele observasjonsperioden mens ca 20 prosent har vært hos 2–3 leger. Å oppsøke mer en tre leger for å få b-preparater, er sjelden. Drøyt to prosent har mer enn tre besøk. Det er verdt å merke at nærmere 500 personer har gått til 5 leger eller mer.

Det vanligste er å holde seg til ett apotek, men en mindre andel, nær 3 prosent har brukt tre apotek eller mer, med 8 apotek som det meste.

Tabell 3-6 Pasienter etter antall forskjellige apotek besøkt i perioden.

	Frekvens	Prosent	Kumulativ Prosent
1 besøk	44287	86,3	86,3
2 besøk	5625	11,0	97,2
3 besøk eller fler	1418	2,8	100,0
Totalt	51330	100,0	

Antall apotek snitt = 1,2. Maksimum antall apotek = 8

Hovedfunn er at et flertall av pasientene bare bruker 1–2 leger og 1–2 apotek. Bare 2 prosent av pasientene bruker 3 forskjellige leger eller mer, men maksimum antall leger er på 22. Bare 3 prosent går til mer enn to apotek, her er maksimum 8. I gjennomsnitt mottar pasientene 3 ordinasjoner hver av b-preparater, med et maksimum på hele 160 ordinasjoner. Standardavviket er på 5 ordinasjoner, hvilket vil si at 68 prosent av pasientene får mellom 2 og 8 ordinasjoner og 95 prosent får 13 ordinasjoner eller mindre. Det er altså her snakk om svært skjeve fordelinger. Flertallet av pasientene har et ‘normalt’ og lite påfallende forbruk. Vår interesse knytter seg spesielt til storforbrukere, fordi muligheten for ‘lekkasjer’ er størst i denne gruppen.

3.6 Storforbrukere

Vår interesse dreier seg spesielt om storforbrukere av medikamenter. Det er antakelig blant storforbrukere vi kan forvente ‘lekkasje’ av medikamenter. Begrepet ‘storbruker’ må defineres. En innfallsvinkel er å se forbruk i sammenheng med avhengighets- skapende forbruk. Ut fra en normativ vurdering kan man skille mellom i) helt uproblematisk forbruk, ii) forbruk som gir grunnlag for bekymring og iii) forbruk som skaper avhengighet. På grunnlag av vurderinger i prosjektet, settes grensen for bekymringsfullt forbruk til 300 ddd år. Fordi vi opererer med forbruk både for hver enkelt medikamentgruppe og forbruk totalt, får vi noe ulike persongrupper. For å belyse den mest ekstreme delen av storforbrukere tar vi for oss to grupper: 1) forbruk blant de 150 pasientene som få størst mengde døgndoser totalt og for de enkelte medikamentgruppene (Tabell 3-7) og pasienter med 300 døgndoser eller mer i perioden (tabell 8).

3.6.1 De 150 største forbrukerne

De 150 største forbrukerne får i gjennomsnitt nær 1500 ddd fordelt på de 4 medikamentgruppene, altså langt over det man skulle forvente som en klinisk begrunnet forskrivning.

Av de 150 personene er det en stor andel som får medisiner fra minst tre medikamentgrupper. En gjennomsnittsdose for pasientene i løpet av observasjonsperioden, består av nær 400 ddd smertestillende, nær 600 ddd beroligende, 700 ddd sovemidler og vel 100 ddd hostemikstur, jf Tabell 3-7. (Standardavviket viser at det er ganske store variasjoner mellom pasientene).

Tabell 3-7 Ekstremt forbruk. De 150 pasientene med høyest sum døgndoser i perioden totalt og i de ulike medikamentgruppene.

	SUMDDD	DDSMER_1 ATC gr 1 Smertestillende	DDBERO_1 ATC gr 2 Beroligende	DDHYPN_1 ATC gr 3 Hypnotika	DDHOST_1 ATC gr 4 Hostemikstur
Antall personer	150	133	135	128	27
Bortfall	0	17	15	22	123
Gejnnomsnitt per person	1498	392	591	700	116
St. avvik	311	333	326	355	395
Minimum	1158	10	10	19	4
Maximum	2923	1865	2000	1830	2041
Sum	224658	52083	79817	89614	3143

3.6.2 Pasienter med 300 ddd eller mer

Gruppen med et totalforbruk på 300 ddd eller mer i perioden utgjør i alt 3991 pasienter eller 8 prosent av alle pasientene. I gjennomsnitt mottar pasientene i denne gruppen 516 ddd i perioden (standardavvik=273 ddd, median=420 ddd). Tabell 3-8 viser denne pasientgruppen etter antall leger besøkt, gjennomsnitt mengde døgndoser per pasient og gjennomsnittlig antall ordinasjoner per lege. Tendensen i tallene underbygger antakelsen om at enkelte pasienter går til flere leger for å skaffe seg større kvanta døgndoser.

Et spørsmål er hvor grensen går for et påfallende mønster, når det gjelder antall leger som besøkes. Å gå til 2-3 forskjellige leger / rekvirenter kan ikke sies å være påfallende: man kan f.eks. besøke og få forskrevet b-preparater på legevakt, hos vanlig privatpraktiserende lege og tannlege uten at folk skal mistenkes for å forfølge bevisste 'pillestrategier'. Av de nærmere fire tusen pasientene som får 300 ddd eller mer, går 85 prosent til maksimum 3 leger/rekvirenter. De fleste har altså en lite påfallende atferd i denne sammenheng. Inkluderer vi med det fjerde besøket i gruppen med lite mistenkelig atferd, kommer vi opp i over 90 prosent av pasientene. Bare 7 prosent går til mer enn 4 leger/rekvirenter.

Gjennomsnittlig forbruk av medikamenter stiger jevnt med stigende antall legebesøk. Bortsett fra pasienter som bare går til en lege, er tallet på ordinasjoner i gjennomsnitt nokså like for de ulike grupper av pasienter. Dette tyder på at antall legebesøk har en selvstendig effekt på summen av døgndoser den enkelte pasient mottar, noe som også bekreftes i neste avsnitt.

Tabell 3-8 viser at antall døgndoser øker med antall leger besøkt, mens antall ordinasjoner hos hver lege er nokså konstant. Pasienter som går til 1 lege får 468 døgndoser i gjennomsnitt mens pasienter som går til mer enn 10 leger får nær det dobbelte.

Tabell 3-8 Pasienter med 300 døgndoser eller mer i perioden etter antall leger besøkt, gjennomsnittlig antall ddd og antall ordinasjoner per lege.

Antall leger besøkt	Sum definerte døgndoser		Antall ordinasjoner per lege	
	Gjennomsnitt per pasient	Antall personer	Gjennomsnitt per pasient	
1 lege	468	1537	10	
2 leger	504	1253	6	
3 leger	544	646	5	
4 leger	580	276	5	
5-9 leger	697	253	5	
10 leger og over	801	26	4	
Total	516	3991	7	

3.6.3 Maksimering av mengde døgndoser gjennom besøk hos forskjellige leger

En aktuell problemstilling er å se om antall legebesøk inngår i en strategi fra pasientens side for å få skaffe seg flest mulig døgndoser. Problemstillingen kan vi nærme oss statistisk ved å identifisere hvilke faktorer som i størst grad påvirker mengde døgndoser (jf kapittel 8). Gjennom statistiske analyser kan vi vurdere effekten lege- og apotekbesøk på summen av definerte døgndoser. I tillegg til lege- og apotekbesøk, påvirkes summen av døgndoser den enkelte pasient har mottatt naturligvis også av tallet på ordinasjoner. Ved bruk av en spesiell statistisk analyse, regresjonsanalyse, kan vi skille ut virkningen av de enkelte faktorene.

Analysen viser at alle tre forhold (antall legebesøk, antall ordinasjoner og antall apotekbesøk) virker inn på summen av mottatte døgndoser, men i ulik grad. Antall leger besøkt har en klar effekt uavhengig av de andre forholdene: dess flere leger pasienten går til, dess større mengde medisiner får pasienten, uansett antall ordinasjoner og antall apotekbesøk. Antall ordinasjoner per lege har naturlig nok også stor effekt.

Pasienten får også mer medisiner ved å besøke flere apotek, men effekten av besøk på flere og ulike er egentlig svært lav. Å gå til mange apotek er altså ikke en utbredt strategi for eventuelt å 'skjule' storforbruk av medikamenter. Derimot oppnår flere pasienter betydelig mengde døgndoser ved oppsøke flere leger.

3.7 Vurderinger

3.7.1 Pasientens forbruk

Resultatene viser at forskrivningen av vanedannende legemidler er svært skjevt fordelt mellom pasientene, både i mengde og type. Tendensen i forskrivningsmønsteret er at et stort flertall av alle pasienter har mottatt svært moderate døgndoser, mens et lite mindretall har mottatt store og dels ekstremt store døgndoser.

Vår hovedinteresse er knyttet til pasienter som bruker medikamenter over lengre tid eller som mottar store doser. Personer som har fått meget få ordinasjoner og lave doser i perioden er av mindre interesse, når det gjelder mulighet for misbruk eller 'lekkasje' til det illegale markedet.

Et sentralt spørsmål er hva vi skal vurdere som små eller store doser. Her finnes få eller ingen sikre retningslinjer. Det er avhengig av indikasjon, personens alder, kjønn, vekt, behandlingens varighet mm. Dette gjør det vanskelig å angi bestemte faregrenser eller generelle grenser for hva som er store doser av et medikament. Vi kommer tilbake til dette i kapittel 7.

Mengde døgndoser per forskrivning er lav. For å oppnå større mengder medikamenter må pasienten følgelig oppsøke lege mange ganger. Materialet viser tydelig sammenheng mellom antall forskrivninger og mengde døgndoser. Noen oppnår relativt store mengder døgndoser ved å gå til en og samme lege mens andre oppsøker flere leger. Data viser at personer som oppsøker flere leger i gjennomsnitt får flere døgndoser enn de som går til få leger. Mange i denne gruppen er også det vi kan kalle storforbrukere. Apotekdata alene gir ingen informasjon om hvordan medikamentene blir brukt. Pasienter som i dette materialet opptrer som storforbrukere, har et potensielt avhengighetsskapende forbruk. Hvorvidt dette forbruket er medisinsk forsvarlig eller ikke, har vi heller ingen informasjon om. Ut fra en medisinsk vurdering er det likevel vanskelig å se nødvendigheten av å forskrive de mengder døgndoser som de største forbrukerne i materialet har.

Ut fra andre kilder vet vi at b-preparater omsettes 'illegalt'. Pasienter som mottar urimelig store mengder medikamenter kan være inne i et misbruk, men kan også være kilder til illegal omsetning av medikamentene. Storforbrukere er nødvendigvis ikke de eneste kilder til lekkasje. Også pasienter med moderat forbruk kan bidra til den illegale omsetningen. Det skal imidlertid mange 'selgere' til for å skape noe særlig volum i det illegale markedet. Småselgere får heller ikke særlig fortjeneste for bryderiet. For personer med lave inntekter, kan pillesalg, om enn i lite omfang, bidra til budsjettet.

Personer som mottar store doser, la oss si opp til 2000 døgndoser over ett år, vil kunne ha en større fortjeneste av å omsette medikamenter illegalt.

Gjennom data fra apotekenes omsetning alene får vi verken bekreftet eller avkreftet en hypotese om at pasientene følger bestemte strategier for å maksimere mengde døgndoser. Våre funn kan i høyden bidra til å sannsynliggjøre slike strategier. Hvis det å besøke mange leger gir god 'uttelling' på mengden medikamenter, uavhengig av antall ordinasjoner, vil en slik strategi med fordel kunne tas i bruk av pasienter som vil omsette medikamenter i et 'svart marked'.

4 Hva mener legene

Av Ragnhild Wiik, Marie Smith-Solbakken og Else M. Tunland

I dette kapittelet beskrives allmennpraktiserende legers holdninger til forskrivning av b-preparater. Datamaterialet er hovedsakelig basert på intervju med 10 av totalt ca. 25 leger i Sandnes kommune. Legene ble intervjuet etter samme intervjuguide (vedlegg) som gjør svarene sammenlignbare. Resultatene er presentert under tema.

I slutten av kapittelet er den reelle forskrivningspraksis blant leger i samme distrikt dokumentert gjennom analyse av apotekenes database.

I det illegale pillemarkedet har vi tidligere pekt på at *leger* har en nøkkelfunksjon. Informantene oppgav gjennomgående at piller som brukes utilsiktet og/eller omsettes illegalt er forskrevet av leger. Vi hørte kun noen sporadiske historier om at det engang var blitt smuglet inn tabletter. Det er heller ikke uvanlig at pillemisbrukere forholder seg til flere leger og opererer i flere distrikter i iveren etter å skaffe seg tilstrekkelig med piller, enten til eget forbruk eller til illegalt videresalg (Robberstad1983, Lie, Lone, 1997). Trolig er størstedelen av de pillene som omsettes på det illegale markedet forskrevet av leger, og ment som en del av et behandlingsopplegg. Men det forekommer også at enkelte leger forskriver såvidt mye vanedannende medikamenter at det vanskelig kan betegnes som annet enn dårlig legehåndtverk. (Dybwad 1994, Lie, Lone 1997). Grunner til dette kan være påfallende liberal holdning til medikamenter fra legens side eller utpressing og manipulering fra pasientenes side.

4.1 Legenes holdninger til forskrivning av b-preparater.

Legene hadde noe forskjellige holdninger med hensyn til forskrivning av b-preparater. Noen var veldig restriktive og så det som et ansvar å begrense pasientenes medikamentbruk mest mulig. Andre fortalte at de prøvde å unngå forskrivning av b-preparater i spesielle tilfeller, særlig der det var mistanke om misbruk. En sa det slik:

“Dette er et vanskelig område. Jeg avviser pasienter som ser ut som misbrukere hvis de vil ha b-preparater. Det er uten mål og mening å gi dem slike. Jeg orker ikke denne typen pasienter. Vi leger på dette legekantoret har avtalt oss imellom at vi skal være avvisende.”

Noen leger hadde en mer positiv holdning til medisinenes positive virkninger i begrensede perioder. Overfor pasientene hadde de en mer rådgivende holdning og så det bl.a. som sin oppgave å gjøre oppmerksom på skadevirkninger ved lengre tids bruk. Pasientenes meninger og ansvar for egen helse ble vektlagt:

“b-preparater som f eks sovetabletter kan brukes i perioder. Når jeg overtar pasienter som allerede bruker b-preparater fortsetter jeg med å gi dem disse. Jeg legger stor vekt på å informere pasientene ved å fokusere på de negative sider ved å bruke denne typen preparat. Pasientene bestemmer ofte, men ikke alltid. Av og til sier jeg nei.”

En siste variant er legen som var mer udelt positiv til at bruk av b-preparater for bestemte pasientgrupper:

“Det er viktig å ha klart for seg at folk er forskjellige. Jeg ser mine pasienter an. Noen får trolig en bedre livskvalitet ved bruk av slik. b-preparater er tilgjengelige, og folk vet om dem. De som vil ha disse legemidlene er oftest vanskelig å få på andre tanker.”

Flere av de intervjuede legene fremhevet at de var mer restriktive overfor "sine egne" enn overfor "arvede" pasienter. Dette viser at legens vurdering av pasienten og pasientens situasjon er viktig i denne sammenheng. Man må kjenne problemet og pasienter for å vite hvilken medisinerings som er den rette.

Pasientens alder er også av betydning. Samtlige leger gav klart uttrykk for at de var meget motvillige til å forskrive medikamenter til unge mennesker. En lege sa:

“De over 70 får Valium, de unge tar jeg meg av. ”

Nesten ingen ville gitt b-preparater til en 18 års gamle pike med eksamensnerver eller til en 25 år gammel kriminell mann med angstproblemer. Legene var også forholdsvis uvillige til å gi b-preparater til en 60 år gammel mann med diverse plager, men alle var forholdsvis liberale til å gi b-preparater til en 75 år gammel dame som var operert for kreft.

Hovedinntrykket er at legene stort sett uttrykte en forholdsvis restriktiv holdning overfor forskrivning av b-preparater.

4.2 Oppfatninger av egen forskrivningspraksis

Ingen av legene visste nøyaktig hvor mange tabletter og b-resepter de skrev ut per måned. Hva som er lavt og høyt forskrivningsnivå var det heller ingen felles oppfatning av blant legene. Vi vil her trekke frem et sitat fra en av legene som dekker vår forståelse av situasjonen:

“Jeg vet at jeg forskriver lite. I alle fall tror jeg at jeg forskriver lite. Er litt usikker med hensyn til de gamle.”

4.2.1 Forskrivningsdose per pasient

Legene anslo selv at de maksimalt skrev ut fra 90 til 300 piller (én eller flere typer) per pasient per måned.

Tabell 4-1 Legenes anslag av gjennomsnittlig antall piller per pasient per måned

<i>Lege nummer:</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>
Max. ant. Piller /mnd/pasient	100	90	200	200	250	200	100	130	300	260

Pasienten kan få resept på én eller en kombinasjon av flere b-preparater. Samtlige leger i vårt intervjumaterial oppgav at de svært sjelden eller aldri skrev ut trippelresept på b-preparater. Resept på to ulike b-preparater forekom oftere, men også dette sjelden. Det er likevel et så vanlig at fenomenet har en egen betegnelse. I følge våre informanter er en ‘bankers’ en duo- eller trippelresept på ulike typer a- og b-preparater.

En av legene sa at han kunne forstå trippelreseptene utfra et narrespill mellom lege og pasient. En del pasienter er bevisst at de ved å oppgi flere plager (smerte, angst, søvnløshet og hoste), kan de få ut større totalmengde b-preparater.

4.3 Legemiddelavhengige pasienter

Samtlige leger hadde pasienter som regelmessig fikk forskrevet b-preparater. Ingen visste nøyaktig hvor mange pasienter dette dreide seg om, men halvparten mente det gjaldt færre enn 10 pasienter, resten mente de hadde flere. Den legen som anslo antallet høyest trodde han hadde rundt 40 pasienter som fikk b-preparater regelmessig.

De fleste av legene poengterte at det helst var eldre mennesker som regelmessig fikk resept på b-preparater. (Grensen for hva som var 'eldre mennesker' lot til å gå ved ca 50 år).

De ti intervjuede legene oppgav til sammen ca 60-70 pasienter som de kalte avhengige. De fleste legene lot intuitivt til å ha en forståelse av begrepet 'avhengighet', og gikk ikke inn i en begrepsdiskusjon. Et par av legene stoppet opp ved begrepet 'avhengighet' og definerte det som en som pasient som stadig etterstrebet høyere doser.

Tabell 4-2 Legenes anslag over egne pasienter som får b-preparater

Lege nummer:	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Pasienter som får b-preparater regelmessig	<5	9	40	4-5	3-4	8	10	2-3	10-15	20
Antall kontraktspasienter	3	0	5	1	3	1	0	1	3	4-5

Legene hadde til sammen 9 kontraktspasienter. Antallet per lege varierte fra 0-5. Det var en klar tendens mot at det var flest arvede pasienter som var avhengige.

4.3.1 Årsaker til langtidsbruk

Vi spurte legene om årsaken til bruk av b-preparater over lang tid. En vanlig oppfatning var at psykososiale/psykosomatiske faktorer er hovedårsaken ved regelmessig bruk av b-preparater. Vi fikk også følgende svar på dette spørsmålet:

“Folk opplever at de har vondt, søvnproblemer og uro/angst. De fleste som bruker b-preparater har psykososiale problemer.”

“Årsaken er relatert til smerteproblematikk (Paralgin forte) og til nervøse damer (Valium). Årsaken er generelt av psykososial art.”

“Det er ingen reell årsak.”

“Det er ingen reell årsak til at de bør ha disse pillene. Årsaken er psykosomatisk. De klager over smerter/ubehag.”

“Det dreier seg stort sett om folk uten arbeid og som har dårlig økonomi. Noen har også kroniske smerter og/eller var avhengige første gang de kom hit, dvs. overførte pasienter.”

4.3.2 Avvenning

En av legene vi intervjuet fortalte at han følte seg ansvarlig for at en av hans pasienter utviklet avhengighet til medikamenter. Dette dreide seg om en ung kvinnelig pasient med angstproblemer. Legen hadde startet behandlingen med Valium. I løpet av ganske kort tid var denne pasienten oppe i 25 Valium om dagen. Den medisinen som var tiltenkt å holde en måned ble spist opp i løpet av noen få dager. Legen innså da at jenta som hadde kommet til han med et problem ikke hadde fått noen god hjelp. Hun hadde i stedet for fått et nytt problem som han nå følte seg ansvarlig for:

“Det var helt klart mitt ansvar å få henne ut. Det klarte jeg, men det kostet mye tid og krefter. Det er lett å gjøre folk avhengige, men det er en kjempejobb å få folk til å slutte igjen, nesten håpløst.”

De fleste legene vi intervjuet uttrykte synlig resignasjon med hensyn til å få pasienter til å slutte med b-preparater. Vi vil presentere noen sitater for å dokumentere dette:

“Det er kanskje best å bedøve folk.”

“De som vil ha slike legemidler er oftest vanskelige å få på andre tanker.”

“Da sovemiddelet Halsion (liknende effekt som Rohypnol) skulle tas ut av markedet for noen år siden, kalte jeg inn 50 av mine Halsion-brukere til samtale. Hensikten var å få dem til å slutte med sovetabletter. Jeg la virkelig energi i dette. Resultatet var at 2 av 50 pasienter sluttet. Det sies at de gamle har bygd landet.... “

“Jeg har ikke så stor tro på alternativ behandling. Spesielt ikke når det gjelder gamle pasienter.”

“Det å seponere b-preparater er meget krevende både for pasient og lege.”

Vi fikk også høre følgende ‘solskinshistorie’ om en vellykket nedtrapping:

Pasienten gikk til jevnlige samtaler hos legen over år. Legen engasjerte seg også i pasienten utover de vanlige legebesøkene. Hun stilte opp for henne på fritiden som ved suicidalforsøk og forsvinninger. Legen drev i tillegg med sosial trening som det å være med pasienten i butikker, gå på kafé osv. Etter flere år, med gjentatte tilbakefall, har pasienten klart å etablere et selvstendig liv uten den sosiale støtten som vedkommende lege representerte. Pasienten har ikke brukt benzodiazepiner på flere år. Det eneste aberet med denne historien er at legen sier at dette var en så krevende jobb at det neppe vil gjentas.

4.4 Synspunkter på annen behandling

Flere av legene så det å hjelpe pasienten inn i et sosialt nettverk som reelt alternativ til pillebehandling, eller som en sa det:

“Det er sosial kontakt mange trenger.”

Noen leger påpekte at pillene muligens bare fungerer som bedøvelse for livskrisesituasjon, ensomhet, kontaktvansker og svært begrenset sosialt nettverk. Mennesker med slike problemer trenger ikke nødvendigvis “behandling”, men konkrete fritidstilbud. Slike tilbud bør ikke bare innbefatte trim og turgåing, men kan like gjerne være en vennegruppe som f eks går på kino sammen. I noen tilfeller kan pillebruk sies å være en rimelig reaksjon på en ensom og passiv tilværelse. En av legene sa:

“Det å skape møtesteder/sosial kontakt for isolerte mennesker og mennesker i livskrise vil trolig kunne redusere legemiddelforbruket”.

Legene var stort sett positive til psykoterapi. Det ble poengtert at slik terapi ikke utgjør 'alternativ behandling', men en fullt akseptert behandlingsform. Legene lot ikke til å ha stor tro på alternativ behandling som f.eks. aromaterapi, soneterapi, trim, sorggrupper osv. Til tross for en positiv holdning overfor psykoterapi, gav legene klart uttrykk for at det var vanskelig å erstatte pillebruk med psykoterapi. Dette ble til dels forklart med at pasienter ikke alltid har evne eller vilje til å gå inn i/ha utbytte av slik terapi. En lege uttrykte at de fleste pillebrukende pasienter var lite motiverte til å forsøke andre behandlingsformer enn piller. Noen leger påpekte også at privatpraktiserende psykologer er selektive i sitt valg av pasienter, dvs. de prioriterer ressurssterke pasienter. I tillegg tar det lang tid før pasienten kommer til hos psykolog. Det er et behov for en raskere henvisningsordning.

Konklusjon på legenes uttalelser er at sosial kontakt og psykoterapi vil kunne redusere pilleforbruket og det er vanskelig å slutte å forskrive (seponere) b-preparater etter at folk har begynt å bruke dem. Dette kan tyde på at førstegangsforskrivningen kan være retningsgivende for videre bruk. Det er på dette stadium det vil være viktig å kunne gi pasienten et reelt alternativ. To kvinnelige misbrukere oppga at det for deres valg om å trappe ned forbruket av piller, hadde legenes (kvinnelige) grensesettende holdning vært viktig. Disse to misbrukerne vektla at legene oppriktig syntes å bry seg om dem.

4.5 Trusler, vold og innbrudd

Halvparten av legene hadde mistanke om at en eller flere av pasientene brukte legemidler for å ruse seg, og alle 10 hadde vært utsatt for trusler og/eller innbrudd. Det dreide seg hovedsakelig om umiddelbare trusler mens de var på jobb, men i ett tilfelle var også familien blitt truet.

Bare noen få hadde mistanke om at pasienter solgte medisiner til andre, og dette dreide seg bare om noe enkelt stående tilfeller.

Tabell 4-3 Mistanke om rus, salg av rus og trussel om vold

<i>Lege nummer</i>	<i>1</i>	<i>2</i>	<i>3</i>	<i>4</i>	<i>5</i>	<i>6</i>	<i>7</i>	<i>8</i>	<i>9</i>	<i>10</i>
Mistanke rus	?	2	10-12	1	3	noen	nei	?	2-3	ja
Mistanke salg	1	1	(nei)	vet ikke	nei	nei	(nei)	nei	1	nei
Trussel/vold/ innbrudd	truet/ innbr.	truet/ innbr.	truet/ innbr.	truet	truet	truet/ innbr.	truet/ innbr.	truet	truet	truet/ innbr.

Parantes betyr ja eller nei med reserverasjoner

Det rapporteres om innbrudd legekontor, i hjemmet og i bilen. En lege fortalte at ved en anledning var han/hun blitt fratatt legekofferten under et sykebesøk. Vedkommende lege var blitt kalt ut i sykebesøk. Da legen kom til oppgitt adresse ble legen møtt av flere rusete folk. Ingen var syke, men vedkommende lege ble tvunget til å gi fra seg kofferten. En annen lege forteller at under en legevakt valgte han å gi en "narkoman" en morfinsprøyte fordi han var truende. Trusler og i noen grad innbrudd opptrådte forholdsvis ofte, men de fleste legene lot seg i liten grad affisere av dette. Kun et par av legene oppgav dette som et arbeidsmiljøproblem. De oppgav at de grudde seg til å møte visse pasienter, og at de av og til opplevde legevaktstjenesten som en belastning p g a av trusler fra pasienter med kjent rusmisbruker. Legene oppgav konsekvent at de ikke oppbevarte b-preparater på legekantoret. Dette kan forklare den lave innbruddsfrekvensen. Ingen hadde vært utsatt fysisk vold.

4.6 Konklusjoner fra legeintervju

Legene har en bevisst holdning til forskrivning av b-preparater. Samtlige uttrykker at de har en restriktiv praksis til forskrivning.

Legene var motvillige til å forskrive medikamenter til unge mennesker, men forholdsvis liberale til å gi b-preparater til eldre mennesker.

Samtlige leger hadde pasienter som regelmessige brukte b-preparater, men de hadde ingen oversikt over antallet.

Ingen av legene visste nøyaktig hvor mange tabletter og b-resepter de skrev ut per måned.

En vanlig oppfatning var at det er vanskelig å seponere b-preparater etter at pasienten har startet å bruke dem regelmessig.

Legene mente at psykososiale/psykosomatiske faktorer er hovedårsaken til regelmessig bruk av b-preparater.

Noen mente at psykologi behandling og det å hjelpe pasienten å komme inn i et sosialt nettverk vil kunne redusere pilleforbruket.

5 "OPTIMED" - et system for egenkontroll og kvalitetssikring.

Av Svein R. Kjosavik og Barclay

Stevensen

På bakgrunn av den kunnskap vi hadde fått i løpet av prosjektets første fase, ble det klart at det var behov for å hjelpe legene med å se egen praksis i et større perspektiv. Under intervjuene med legene kom det klart frem at deres oversikt over egen praksis var mangelfull. Allmennleger arbeider i stor grad alene, selv der de arbeider i kontorfellesskap med andre leger. Deres sammenligningsgrunnlag og incitament for korreksjon kunne godt ha vært bedret.

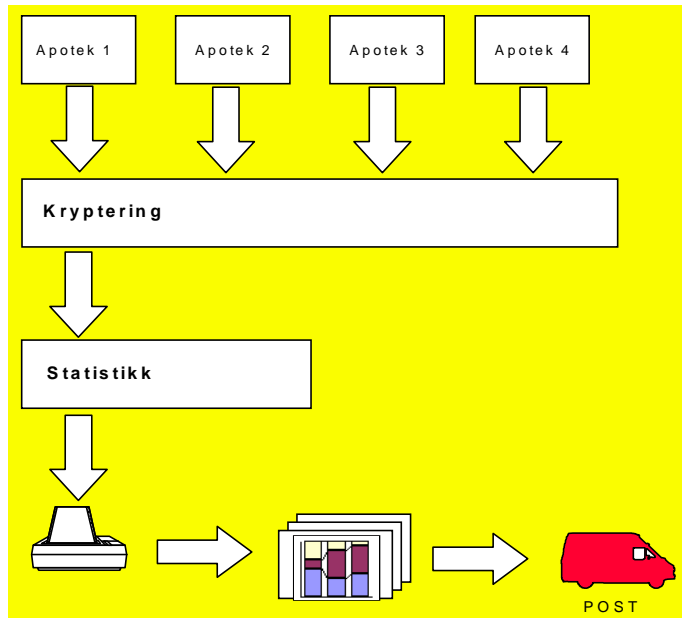
På denne bakgrunn startet vi et pilotprosjekt i samarbeid med legene i Sandnes og Gjesdal kommune samt apotekene i Sandnes og Gjesdal kommune og Løveapoteket i Stavanger.

Datatilsynet godkjente prosjektet under forutsetning av at personidentifiserbare apotekdata ble kryptert ; irreversibelt med tanke på pasientidentitet, men reversibelt for legenes identitet. Hver lege måtte skriftlig si seg villig til å være med i prosjektet. 31 av 32 allmennleger i regionen sa ja.

Det ble gjort på denne måten :

Figur 5.1 System for datainnsamling

DATA INNSAMLINGS SYSTEMET

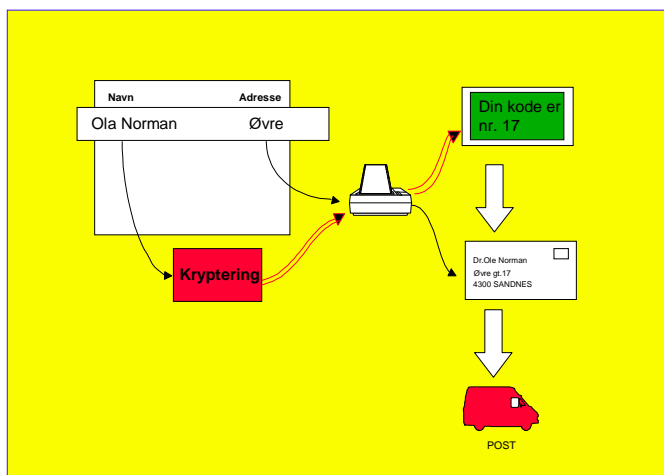


Dataene fra ulike apotek

- Ble kryptert etter en gitt krypteringsalgoritme
-
- Overført til en felles database, bearbeidet statistisk,
- og ble grunnlaget for en grafisk fremstilling som ble sendt alle legene i området

For at legene skulle kunne gjenkjenne egne data fikk hver lege en egen pinkode.

KRYPTERINGS PROSESSEN



Figur 5.2 Krypteringsprosessen

- Et dataprogram genererte brev utfra en liste over deltagende leger. Navn og adresse ble skrevet i klartekst utenpå konvoluttene,
- Navnet gjennomgikk i tillegg en krypteringsprosess og genererte en PIN-kode

PIN-koden ble skrevet ut inni en lukket forseglet konvolutt (type lønnings slipp), se Figur 5.2, og så sendt den enkelte lege. (som f eks når en får et bankkort ol.). Personen som betjente datamaskinen, kunne ikke lese det som ble skrevet ut inni den forseglede konvolutten. På denne måten var det bare legen selv som fikk vite hvilken PIN-kode hun / han hadde.

Tilbakemeldingsordninger har vært brukt andre steder⁷. Men verdien av en oversikt over legens totale forskrivning er begrenset hvis en ikke kjenner legens praksisgrunnlag; antall pasienter, aldersfordeling etc. I kommuner med fastlegeordning er det mulig å finne en slik ”nevner” en kan fordele legens forskrivningsvolum på, men hos leger ellers er dette vanskelig.

Vi valgte derfor å ta utgangspunkt i den enkelte pasient sitt medikamentvolum. Ved å dele pasientene inn i kategorier etter mengde medikamenter den enkelte hadde fått, fikk vi en oversikt over hvor mange pasienter den enkelte lege hadde i hver gruppe. Utfra dette kunne en se den innbyrdes fordeling av de ulike legenes pasienter, og danne seg noe mer nyansert bilde over legens praksis enten det totale volumet var stort eller lite. Vi valgte å lage denne inndelingen utfra en normativ tenkning og bruke symbolfargene grønt, gult og rødt.

Grenser for forskrivning er et vanskelig tema. Inntil nå har der ikke vært noen konsensus i disse spørsmål. Forskrivning er avhengig av indikasjon, personens alder, kjønn, vekt, behandlingens varighet mm. Dette gjør det vanskelig å angi bestemte faregrenser eller generelle grenser for hva som er store doser av et medikament.

Normative grenser for forskrivning må i tillegg til å ha en faglig forankring også være pedagogisk brukbare. De må være lette å huske og det må være mulig å kalkulere inn bruk av ulike typer vanedannende midler i regnemåten.

Centre for Alcohol Prevention Strategies, CAPS, i Bergen har utviklet og formidlet strategier av normativ karakter når det gjelder forebygging av alkoholrelaterte rusproblemer. Trafikklysets farger er brukt pedagogisk. Grønt er helt greit, gult er ikke helt greit og rødt er ikke greit i det hele tatt.

7 ALIS prosjektet og B-PREP mfl.

Vi har sammenlignet resultatene for b-preparat omsetningen fra den første apotekstudien vår med CAPS modellen for grønn, gul og rød bruk av alkohol. Utfra dette har vi laget en analog modell for bruk av b- preparat.

Vi har brukt definerte døgndoser, ddd, som “telle-enhet”. (1 ddd er f eks 4 tbl. paralgin forte; 10 mg diazepam; 50mg oxazepam; 5 mg nitrazepam; 1 mg flunitrazepam eller 7,5 mg Zopikton)

Våre anbefalte grenser ble på dette grunnlaget :

Tabell 5-1 Fargekoder for forbruk av døgndoser

Grønt forbruk	Forbruk med akseptabel risiko	inntil 150 ddd/år
Gult forbruk.	Bekymringsfullt forbruk	150 - 300 ddd/år
Rødt forbruk.	Sannsynlig avhengighets- skapende forbruk	over 300 ddd/år

For enkelhets skyld har vi vurdert apotekdataene som om de gjaldt et år. Med dette utgangspunktet ble fordelingen av omsetningen fra første apotekstudie :

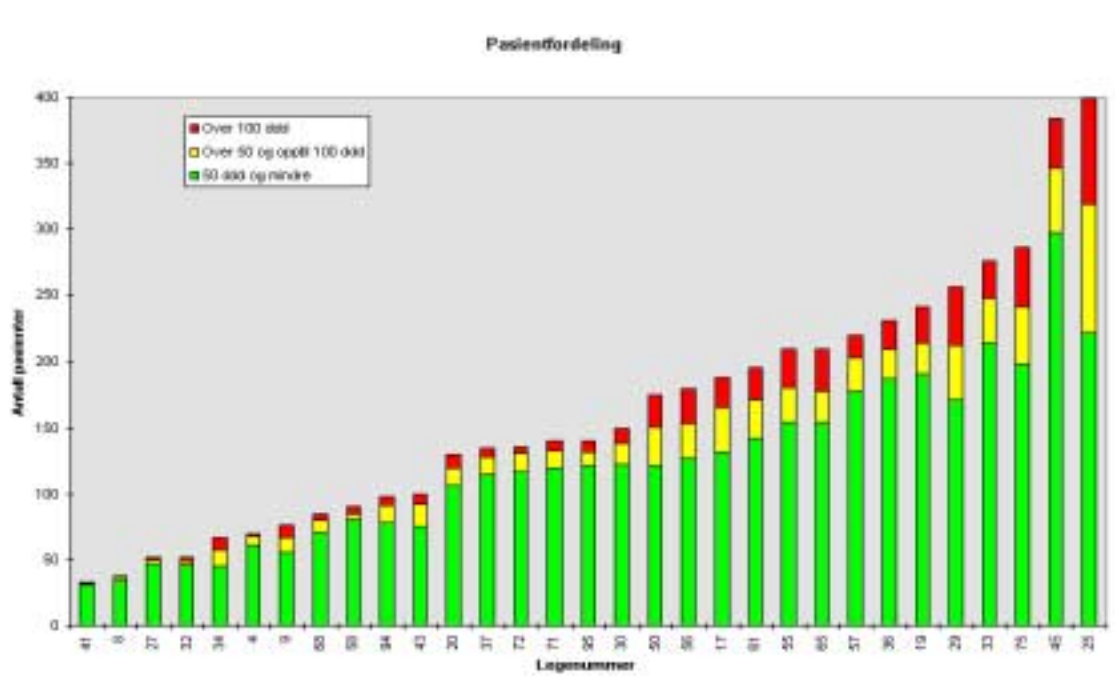
Tabell 5-2 Andel pasienter etter mengde døgndoser

Grønt nivå;	Inntil 150 ddd	85%	Gjennomsnitt	32 ddd
Gult nivå;	101-300 ddd	8 %	Gjennomsnitt	221 ddd
Rødt nivå 1;	301-600 ddd	5 %	Gjennomsnitt	416 ddd
Rødt nivå 2;	601 ddd eller mer	2 %	Gjennomsnitt	903 ddd

I tilbakemeldingsordningen ble apotekdata samlet inn over 4 måneder. Utfra dette ble forskrivning til en pasient på inntil 50 ddd per 4 måneder “grønn” forskrivning, fra 51-100 ddd per 4 måneder “gul” forskrivning og over 100 ddd per 4 måneder “rød” forskrivning. Hver leges forskrivning ble satt inn i et søylediagram der en søyle representerer en leges forskrivning. Søylene ble så fargelagt utfra de valgte grensene.

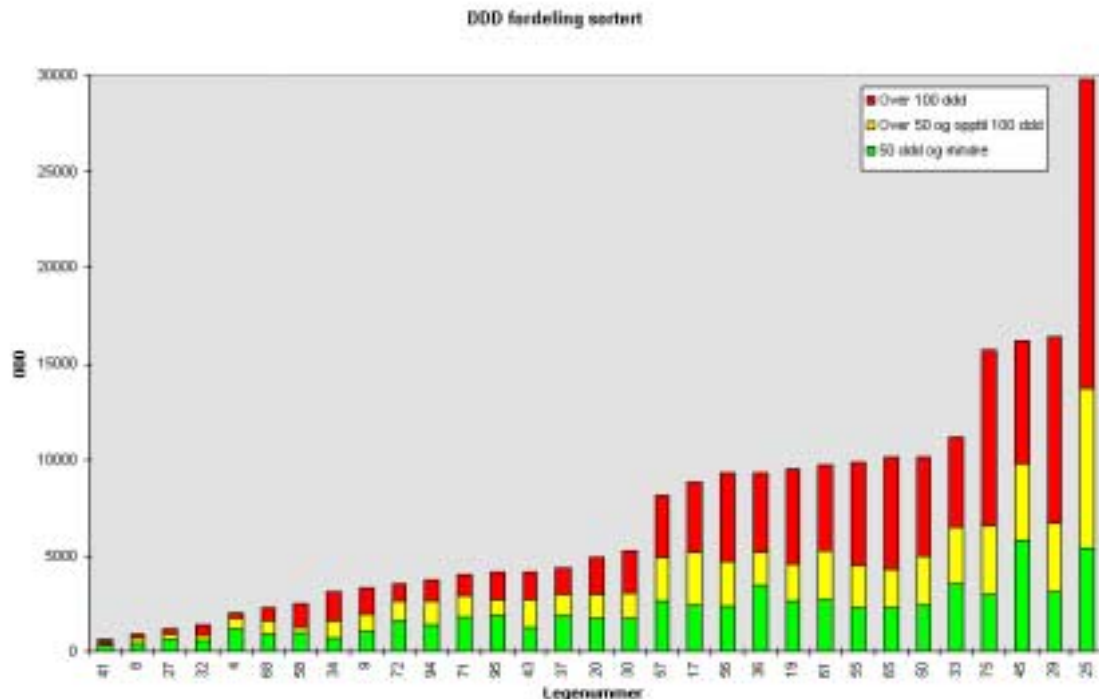
Denne sammenstillingen av dataene viser at det er stor variasjon i antall pasienter som får slike midler hos de ulike legene. Lege “41” hadde bare 35 pasienter som fikk b-preparater, mens den legen som hadde flest slike pasienter, “25”, hadde skrevet ut slike midler til 398 ulike personer på 4 måneder. Hos alle legene er det en betydelig overvekt av “grønne” pasienter, dvs. pasienter som har fått inntil 50 ddd på disse fire månedene. Det er antallet grønne pasienter som varierer mest fra lege til lege, men slik at de som har flest pasienter også har flest gule og røde pasienter.

Figur 5.3 Antall pasienter i ulike grupper for ddd hos den enkelte lege



I Figur 5.4 har vi endret y aksens benevning fra antall personer til omsatt medikament mengde (ddd) som har gått til pasientene på de ulike nivåene. Dette gir et svært annerledes inntrykk av situasjonen.

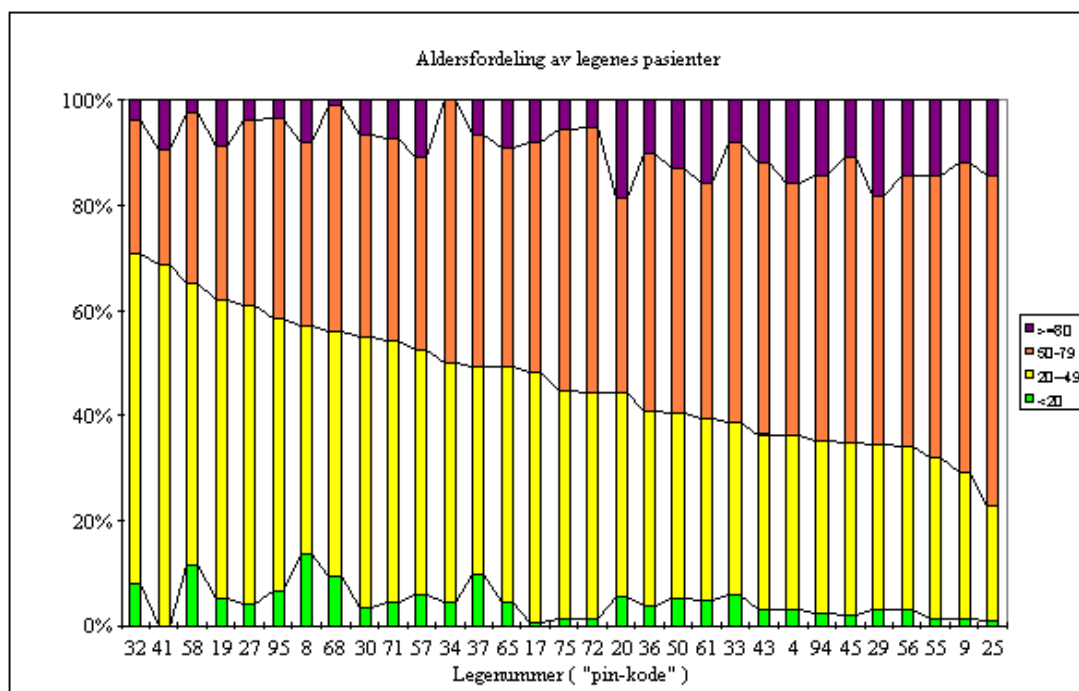
Figur 5.4 Døgn doser forskrevet av den enkelte lege



Vi ser her at selv om de gule og røde pasientene er i klart mindretall fra Figur 5.3 er det de som har fått en overveiende stor del av omsatt volum av disse medikamentene.

Legene er i sitt arbeid svært individ orienterte. Utfra den dialog vi har hatt med legene i Sandnes og Gjesdal synes Figur 5.3 å gi et godt bilde på hvordan legene selv opplever situasjonen. En betydelig overvekt av pasientene er “grønne” og bruker slike midler på en fornuftig måte slik legen ser det, men han har noen ”mer vanskelige” pasienter som hun / han strever med. De som får mye medikamenter er et lite antall og oppleves kanskje ikke som så stort problem i det daglige arbeidet. Apotekene er derimot mer omsetningsorientert og opplever at de “gule og røde“ dominerer fullstendig deres hverdag.

I Figur 5.5 har vi tatt ut aldersfordeling av pasientene som har fått b- preparat. Denne viser at de legene som har skrevet ut mest medisiner til flest pasienter, også har høyest andel eldre pasienter, men med noen klare unntak.



Figur 5.5 Relativ aldersfordeling 0-19, 20-49, 50-79, 80 og eldre hos de enkelte leger

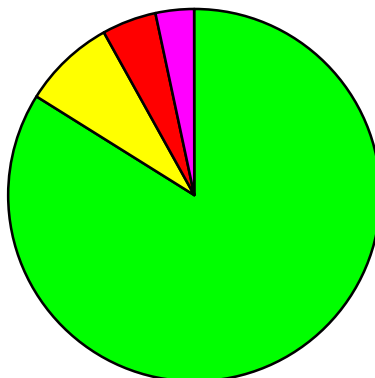
På bakgrunn av resultatene fra denne første runden av tilbakemeldings systemet ble vi interessert i om det kunne la seg gjøre å lage normative grenser ikke bare for enkeltpasientens forbruk, men også for legens totale forskrivning. Vi fant i første apotekstudie at 4242 ulike rekvirenter hadde skrevet ut slike medikamenter i registreringsperioden på de 12 apotekene. Mange hadde skrevet ut svært lite. Utfra resultatet fra pilotprosjektet i Sandnes og Gjesdal der det kun var allmennleger med, bestemte vi oss for å se bort fra de som hadde forskrevet mindre enn 100 ddd / måned. Det er liten grunn til å tro at det er allmennleger. Vi hadde da 363 rekvirenter som vi tok med i vurderingen av hva som kunne ansees som grønn, gul og rød legepraksis. Ved å sette grensene på 2000 ddd, 3000 ddd og 4000 ddd per måned fikk vi følgende fordeling:

**Legene fordelt prosentvis etter forskrivningsmengde
(de med mindre forskrivning enn 100 DDD pr mnd er holdt utenfor)**

3 % av legene har skrevet ut mer enn 4000 ddd pr mnd

5 % av legene har skrevet ut mellom 3000 ddd og 4000 ddd pr mnd

8 % av legene har skrevet ut mellom 2000 ddd og 3000 ddd pr mnd

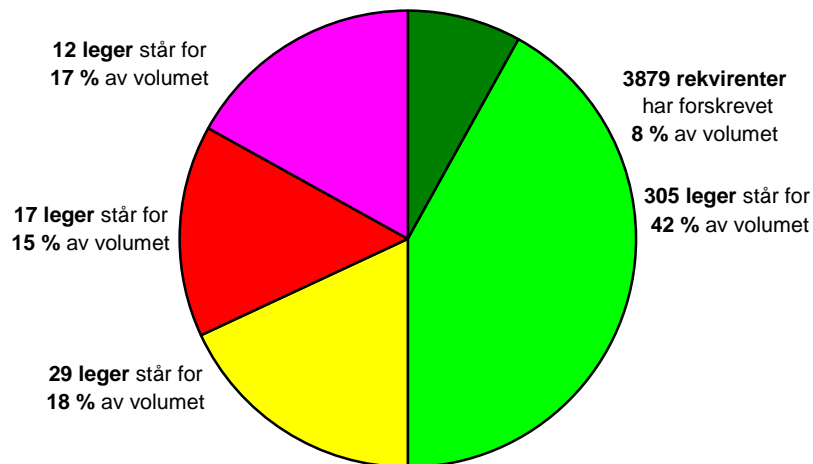


84 % av legene har skrevet ut mellom 100 ddd og 2000 ddd pr mnd

Figur 5.6 Legene fordelt prosentvis etter forskrivningsmengde

Når vi regner over volumfordelingen fra første undersøkelse viser dette at 50% av volumet forskrives av de 16% av legene som skriver ut mest, mens den resterende halvparten er summen av de resterende allmennlegene samt andre rekvirenter som sykehusleger, tilfeldige resepter fra leger som er utenfor det undersøkte området, samt tannleger og veterinærer id en grad de skriver ut slike midler.

Volumfordelingen av omsatte B- preparat



Figur 5.7 Volumfordelingen av omsatte b-preparat

Fra annen sammenheng er denne fordelingen kjent. F. eks. vet vi at 15% av franskmenn står for ca. 50% av omsatt alkohol volum i Frankrike, 15% av normenn står for ca. 15 % av omsatt alkoholvolum i Norge. 15% av pasienter som får b- preparat står for 67 % av omsetningen, men antallet ikkebrukere er mye større enn for alkohol. Når det gjelder fordelingen av legene følger den det vanlige mønsteret med 15 % som står for 50% av volumet.

Samlett sett synes denne piloten å dokumentere :

- Det er betydelige variasjoner mellom allmennleger når det gjelder forskrivning av vanedannende legemidler, både mhp. mengder, antall pasienter og aldersfordelingen av disse.
- Et lite mindretall av pasientene, både i sum, men også hos den enkelte lege, får en meget stor del av omsatt medikamentvolum.
- 50 og 100 DDD/4 måneder synes å dele inn omsetningen av disse midlene i grupper som er hensiktsmessige som normativ basis for tilbakemelding til legene og forebyggingsstrategi overfor pasienten. (se kapittel 11)
- 2000, 3000 og 4000 DDD/ måned synes på tilsvarende måte å dele inn legene i grupper som kan ha normativ strategisk betydning vis a vis allmennleger og deres forskrivning.

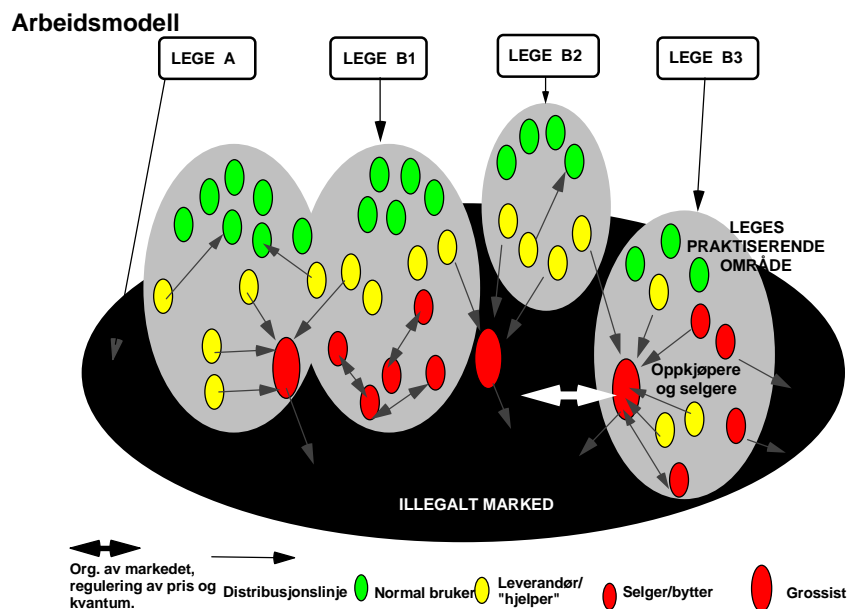
6 "Shopping"- hvordan legemidler kommer på avveie

Av Marie Smith-Solbakken, Ragnhild Wiik, Barclay Stevenson og Svein R. Kjosavik

En informant uttalte følgende: “Alle som får tabletter selger.” Dette er nærmest et klassisk utsagn fra folk i misbrukermiljø. Utsagnet forteller rimeligvis mer om informantenes sosiale ståsted enn om de faktiske forhold. Men for informantene fortøner virkeligheten seg sånn. Samme informant fortalte at han selv kjente til ca. 30 personer i sin by som “drev med piller”. Alderen varierte her fra 20 til 60 år, men de fleste var i 30 - 40 års alderen. En annen informant sa: “Alle gamlingene her (i kjøpesenteret) selger pillene sine”.

Informantene gav altså uttrykk for at illegal legemiddelomsetning er utbredt, og at det finnes store mengder piller på markedet. Hvor kommer disse pillene fra? Vi ble fortalt historier om reseptforfalskning, importert Valium fra Øst-Europa og tyveri fra en bil som transporterte legemidler. Selv om dette nok har forekommet, er vårt hovedinntrykk basert at mesteparten av de piller som omsettes illegalt er forskrevet av leger.

På grunnlag av tidligere studier (Smith-Solbakken, 1995; Smith-Solbakken og Tunngland, 1997) utviklet vi en modell som viser relasjoner mellom leger og pasienter og videre nedover i distribusjonskjeden. Denne arbeidsmodellen har fungert som et utgangspunkt når vi har forsøkt å avdekke hvordan legemidler kommer på avveier.



Figur 6.1 Distribusjonssystem for piller

“Flaskehalsen” i dette systemet, mener vi, er legene som har forskrivningsrett. Lege A i figuren er et eksempel på leger som selger eller bytter legemidler mot varer og tjenester, eller blir truet til å utlevere eller forskrive legemidler til personer hvor det ikke foreligger medisinsk grunnlag for en slik behandling. Lege B er leger som forholder seg til pasienter på ordinær måte. Vi tenker oss videre at hver lege har sitt praktiserende område (skravert lysegrått). Vi ser også at enkelte legepraksiser er overlappende.

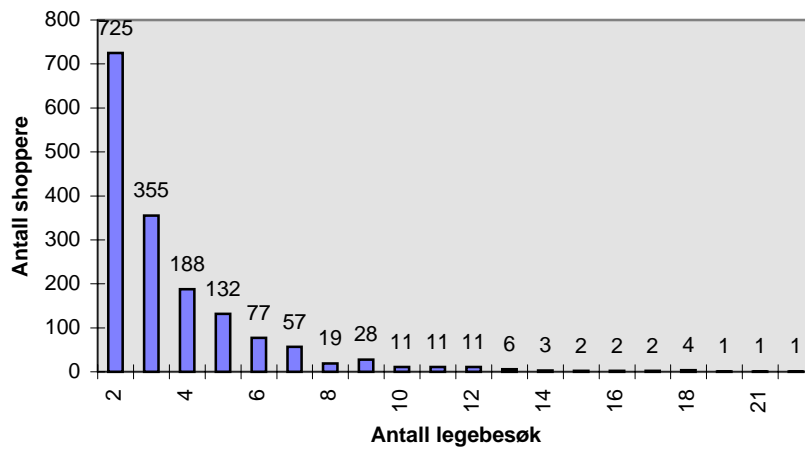
De pasienter som går til flere leger og får b-preparater omtaler vi her som shoppere. Shopperne kan være grønne, gule og røde. I figuren er shopperne plassert midt i mellom ulike legepraksiser. Vi har eksempler på ulike typer pasienter. Pasienter, som er merket grønt, får sjelden og lite b-preparater. Pasienter som er merket gult får såpass mye b-preparater at det foreligger fare for å utvikle avhengighet. Pasienter som er merket rødt får ofte og mye b-preparater. Denne pasientgruppen regner vi med har utviklet et avhengighetsforhold til b-preparater, forutsatt at de bruker alt selv. Vi kjenner til at det har etablert seg oppkjøpere av b-preparater, som kjøper medisiner av andre pasienter. Medisinen brukes enten av dem selv eller de selger den videre med en viss fortjeneste. De er merket med røde prikker i figuren.

Denne arbeidsmodellen har vi sannsynliggjort gjennom våre intervjudata, men det fører for langt til å ta med i denne kortversjonen.

6.1 Fakta om shoppere

Som nevnt ovenfor finnes det 1636 shoppere som går til våre 31 leger, og alle legene får besøk av disse. Det er et viktig problem i materialet at noen av de som har gått til 2-4 leger kan være pasient hos ulike leger på samme legesenter. Dette vil sannsynligvis være vanligst for de som har fått midlere eller lavere totalmengde, siden de ulike legene vil ha fullt innsyn i hva pasienten har fått hos de andre legene ved samme kontor.

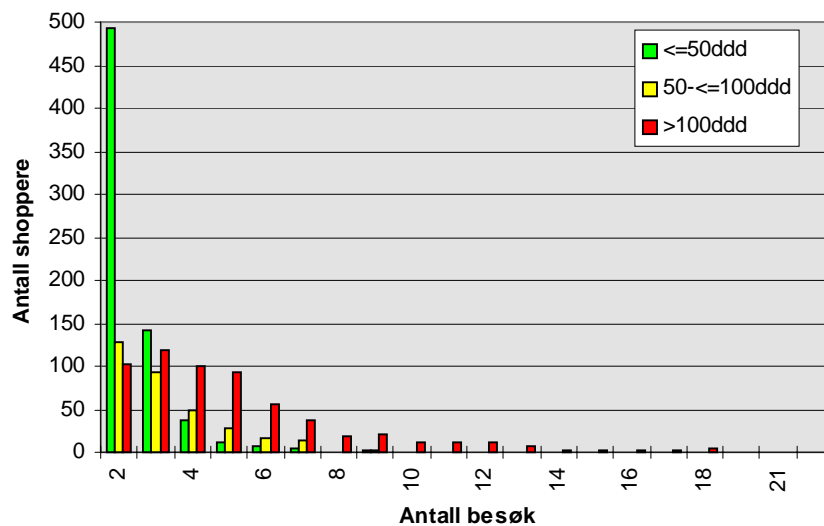
De fleste av shopperne er mellom 40 og 80 år, men også yngre og eldre aldersgrupper er representert. 911 pasienter bruker minst 3 leger, og 566 til minst 4 leger. Vi mener at de som har vært til 4 leger eller flere i Sandnes / Gjesdal i hvert fall kan sies å være reelle shoppere.



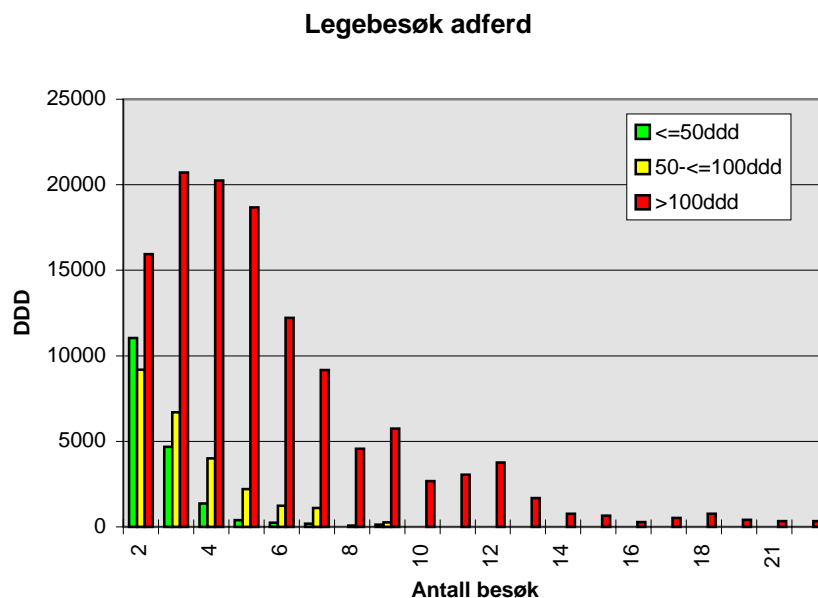
Figur 6.2 Legebesøkstatistikk

Nesten halvparten av shopperne har bare 2 legebesøk i løpet av perioden på 4 måneder. (Figur 6.2) 500 av disse er grønne, mens ca. 120 er gule og 100 røde (Figur 6.3). Selv om de røde er relativt få i 2-besøksgruppen, er det likevel disse som får mest medikamenter (Figur 6.4).

Legebesøk adferd



Figur 6.3 viser antall shoppere vs antall besøk fordelt med hvor mange som får dose innenfor hver sone grønn, gul, rød.



Figur 6.4 viser mengden i antall ddd vs antall besøk fordelt med hvor mange som får doser innenfor hver sone grønn, gul, rød.

Ved 3 legebesøk (Figur 6.3) har (relativt) antall grønne shoppere blitt redusert til ca. 150. Relativ andel røde shoppere øker dramatisk fra 3 legebesøk og oppover, for å være enerådende ved det 10-ende legebesøket osv. (Figur 6.3) Det er slik at selv om det totalt er klart færre røde shoppere (603) enn tilsammen grønne (698) og gule (335), er det de røde som får mest av b-preparatene (74 % av total shoppemengde). Dvs. 37 % (røde) av shopperne får 74 % av total mengde shoppede b-preparater.

Nesten halvparten av shopperne er grønne, uavhengig av antall legebesøk. Grønne shoppere har vært fra 2 til 9 ganger hos lege. De fleste shopperne som bare har to legebesøk får grønne doser. Disse shopperne utgjør ca. 1/3 av samtlige. Grønne shoppere reduseres ved økende antall legebesøk.

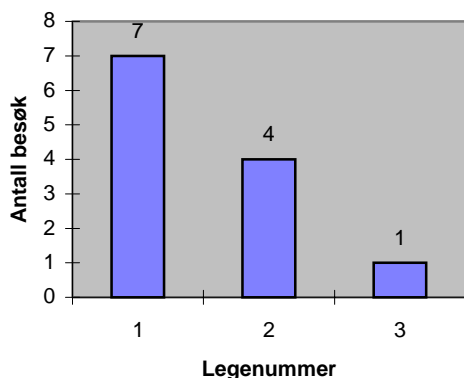
6.1.1 Shoppemønstre

Vi har fulgt shoppernes handlingsmønster ved bruk av apotekdata (Lie og Lone 1997), (jf også kapittel 3). Vi vil nedenfor presentere shoppe-mønstrene til 6 shoppere. Eksemplene som trekkes frem er utelukkende pasienter som frekventerer våre 31 leger.

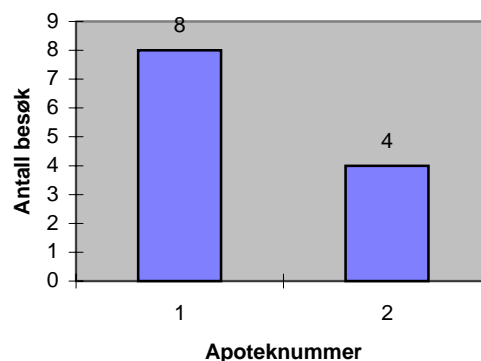
Pasienten som fikk mest

Denne pasienten er ca. 40 år og er den som får mest b-preparater (770 ddd). I løpet av de 4 forsøksmånedene har han vært hos lege med påfølgende apotekbesøk 12 ganger. Han har vært hos tre ulike leger. 7 ganger hos lege A/apotek A og 4 ganger hos lege B/apotek B, 1 gang hos lege C/apotek A. To ganger har han vært ekstra hos lege A, og bare mottatt ett preparat. Hos lege C og fikk han også bare ett preparat. Vi ser at pasienten benytter regelmessig 2 leger og 2 apotek. Pasienten er hos lege ca. hver 10. dag. Pasienten får hver gang en kombinasjonsresept på smertestillende, beroligende og sovemedisin av sine faste leger (lege A og B). Han får dobbelt så mye beroligende av lege A som av lege B. Dette er det eneste vi kan se skiller de to legenes forskrivningsprofil.

Pasienten avslører et strategisk handlemønster, når han systematisk innløser reseptene fra lege A og B ved to ulike apotek. Legene A, B og C er blant legene i vårt material. De to faste legene (A og B) som pasienten forholder seg systematisk til, er blant de storforskrivende legene. Lege C som pasienten “prøvde seg på” en gang er blant de middelsforskrivende legene.



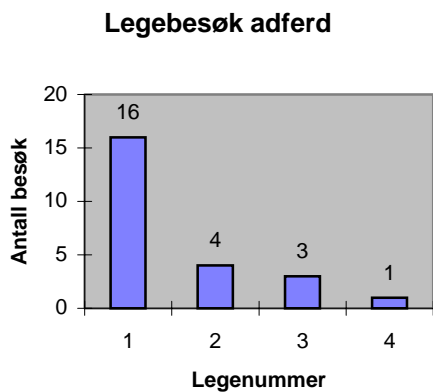
Figur 6.5 Shopperen som fikk mest, fordelt på leger



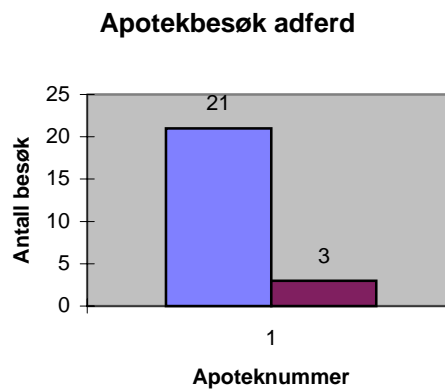
Figur 6.6 Shopperen som fikk mest, fordelt på apotekbesøk

De 3 som hadde flest legebeseøk

Pasient 1 er ca. 50 år gammel. Fra 24 legebeseøk satt han igjen med 343 DDD fra til sammen 4 leger. Denne pasienten ser ut til å ha én hovedlege som han har vært hos 16 ganger. Pasient 1 har benyttet det samme apotek 21 ganger og et annet 3 ganger. Denne pasienten har eksempelvis vært på samme apotek hver 3. dag i april måned.

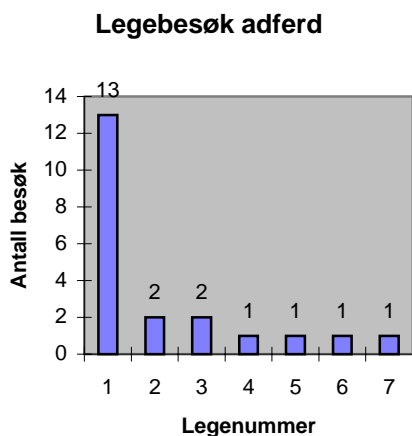


Figur 6.7

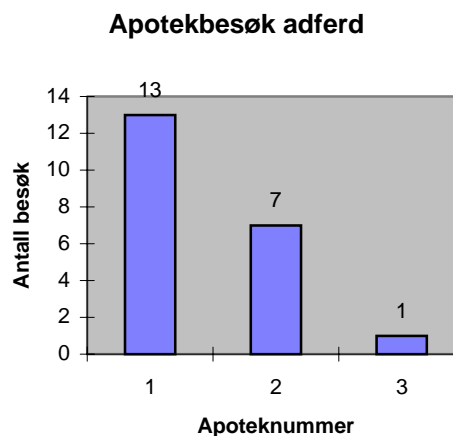


Figur 6.8

Pasient 2 er ca.40 år gammel. Han satt igjen med 332 ddd etter 21 legebesøk hos 7 leger. Også denne pasienten har en hovedlege som han har besøkt 13 ganger og et hovedapotek som han har besøkt 13 ganger.

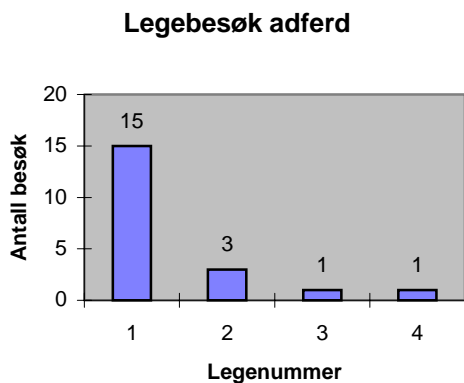


Figur 6.9

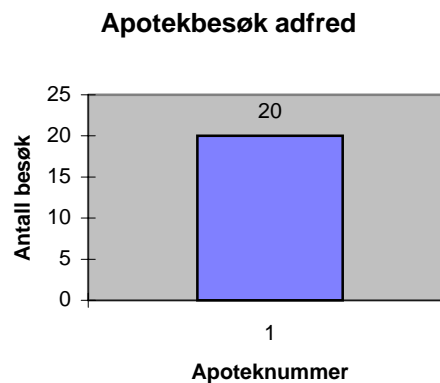


Figur 6.10

Pasient 3 er ca. 30 år gammel og fikk 403 DDD i løpet av forsøksperioden. Han hadde 20 legebesøk fordelt på 4 leger. Han hadde en hovedlege som han gikk 15 ganger til. Han benyttet samme apotek i hele perioden.



Figur 6.11



Figur 6.12

Trenden hos disse 'legeelskerne' er at de har en hovedlege og en hale av bi-leger.

Moderate shoppere

Vi har her to shoppere på ca. 70 år som får 150 - 200 ddd i løpet av de 4 første månedene i 1997. Shopper 1 har vært 6 ganger hos lege, 3 ganger hos 'hovedlege' og én gang hver hos tre andre leger. Shopper 2 har vært hos 2 leger, 2 ganger hos den ene og én gang hos den andre. Det kan se ut som om shopper 2 har to 'likeverdige' leger. Forsøksperioden er imidlertid for kort til å bekrefte dette. Begge de ovenfornevnte shopperne går hver kun til ett apotek. De får begge forskrevet 2 preparater, beroligende og ett sovemiddel (flunitrazepam som er den aktive komponenten i Rohypnol).

Tre gamle shoppere

Den ene shopperen er ca. 85 år gammel, og fikk 400 DDDi løpet av de 4 månedene. Han har vært hos 2 leger, 3 ganger hos den ene og 1 gang hos den andre. Når han gikk til den ene legen gikk han alle 3 gangene til det samme apoteket. Denne legen er blant vår storforskrivende leger. Da han gikk til den andre legen, skiftet han også apotek. Denne pasienten får bare flunitrazepam, som er den aktive komponenten i Rohypnol. Dette betyr at dette gamle mennesket kan ta i overkant av 3 sovetabletter per døgn. Dette er alt for mye. Med tanke på pasientens høye alder, virker dette mildt sagt betenkelig. Pasienten tilsynelatende systematiske atferd ved å benytte ulike apotek ved ulike leger indikerer at en shopper som prøver å dekke over det han gjør. Den laveste gateprisen vi dag har observert på Rohypnol er kr 25 og den høyeste kr 70. Ved å velge en svartebørspris lik kr 30, vil denne pasienten tjene kroner 12000 i løpet av 4 måneder om han selger det han får tak i.

To av de eldste shopperne (begge ca. 90 år) fikk hver ca. 210 DDD i løpet av 4 måneder. De hadde begge 3 legebesøk fordelt på 2 leger. Begge fikk 200 DDD med flunitrazepam, og enten kodein eller hostemikstur i tillegg. En mengde på 200 DDD flunitrazepam er klart i overkant av hva en person på nærmere 90 skulle behøve.

I vår forsøksperiode på 4 mnd. og i vårt forsøksdistrikt som omfatter Sandnes og Gjesdal, gikk ca. 23 % av pasientene til 2 leger eller flere. Dette er i overensstemmelse med resultatene til Lie og Lohne (1997) som viser at 22 % går til 2 leger eller flere over en periode på ca 11 måneder. Lie og Lohnes studie omfatter 12 apotek distriktet som strekker seg fra Stavanger til Kristiansand over en periode på 11 måneder. Det behøver ikke å være mistenkelig at en pasient går til 2 eller evt. 3 ulike leger. Det kan være slik at leger ved ett og samme legesenter vikarierer for hverandre. Vi korrigerer for dette ved å stryke pasienter som utelukkende fikk b-preparater fra ett og samme legesenter. Shoppebildet ble ikke endret mye som en følge av dette.

6.1.2 Hva med dem som bare går til én lege?

Vi har ovenfor fokusert på shopperne når det gjelder utilsiktet bruk og/eller illegal omsetning av b-preparater. Hva med dem som bare går til én lege for å få b-preparater? Analyse av apotekdataene viste at enkelte leger skrev ut forholdsvis mye b-preparater til enkelte pasienter i løpet av en registringsperiode på 4 mnd. 3 leger hadde skrevet ut ca. 770 DDD til enkeltpasienter. Dette er like mye som den mest utbytterike shopperen fikk etter besøk hos 3 ulike leger. Vi vil poengtere at det bare var én shopper i vårt material som fikk så mye b-preparater som 770 DDD, mens 3 ikke-shoppere fikk 770 DDD hver ved å gå til bare én lege. Nesten alle legene i området hadde minst én pasient som hadde fått forskrevet 300 DDD eller mer (opp til 770 ddd) i løpet av 4 mnd. En samlet forskrivning per pasient per 4 mnd. på 200 ddd eller mer, er mer enn det mange shoppere får ved å gå til flere leger.

Vi kan ikke konkludere med at shopperne bidrar mer til utilsiktet bruk og illegal omsetning enn dem som bare går til én lege. Vi har tidligere presentert eksempler på at pasienter som går til bare én lege og får moderate doser b-preparater, systematisk deltar i den illegale omsetningen. Vi kan imidlertid konkludere med at shopperne har den mest mistenkelige markedsatferden.

6.2 Oppsummering

Alle legene i Sandnes har shoppere, dvs. pasienter som får b-preparater av minst to leger. 1636 pasienter i Sandnes og Gjesdal benyttet flere leger for å få b-preparater i firemåneders perioden. Disse pasientene er i alder 40-80 år. Flesteparten av dem får forskrevet lave doser dvs. lavere enn 50 ddd i løpet av en måned. Slike små doser vekker ikke mistanke hos den enkelte lege. Våre apotekdata og intervju med informanter indikerer imidlertid at det er grønne (grønne hos den enkelte lege), eldre mennesker som har mest mistenkelig markedsatferd. Dette kan tyde på at legene i den grad de er mistenksomme, mistenker feil pasientgruppe. Den enkelte lege ser kun det han selv forskriver til en pasient. Apotekene får et mer fullstendig bilde av hva pasienten får. Strategiske pasienter bruker i tillegg til flere doktere også flere apotek, slik at heller ikke det enkelte apotek har den hele og fulle oversikt. Heller ikke vi har hele oversikten fordi bare ett av våre 5 apotek ligger utenfor Sandnes og Gjesdal.

I intervjuene med legene (kapittel 6) oppgir legene at pasienter som får b-preparater hovedsakelig får disse mot psykososiale problemer. Det dreier seg her om diffuse plager. Forskrivningen baseres på pasientens utsagn og ikke på konkrete prøveresultat eller klare kliniske diagnoser. Heller ikke er det nødvendig å vise til en konkret sykehistorie for å få b-preparater. Det kan være nok å si at en sover dårlig og/eller at en har angst og/eller at en har vondt. Det er ikke så lett for legen å 'motbevis' pasientens uttrykte behov for b-preparater. Dette gjør at pasienten i relativt stor grad selv har mulighet til å styre legens forskrivning.

Hvis en ønsker å få tak i mest mulig b-preparater vil shoppeatferd kunne være en egnet strategi. Imidlertid ser det ut til at shoppeatferd neppe er særlig lukrativt for synlige misbrukere. I følge informantene får alminnelige mennesker lettere medisin av legen enn de som har status som misbrukere. Dette til tross for de beskriver samme symptomer.

Så langt tyder alt på at mesteparten av legemidler som omsettes illegalt er forskrevet av leger. Den strategiske rollen som *pusjeren* har ved omsetting av narkotika har *legen* og *farmasøyten* "ufrivillig overtatt" når det gjelder illegale distribusjonen av legemidler. Etter all sannsynlighet havner mesteparten av legemidler på avveier gjennom utro pasienter av hvem legen har latt seg forlede, slik som legene B_{1,2,3} er i Figur 6.1.

Vi har videre fått bekreftet gjennom informantutsagn og sannsynliggjort gjennom apotekdata at det finnes mindre synlige eller 'usynlige' grupper som er aktive i illegal omsetning av legemidler. Med andre ord, det finnes en stor 'usynlig arena' for illegal omsetning av legemidler.

7 Implementering av tiltak rettet mot befolkningen

Av Wenche Terjesen Berge, Amund Aakerholdt, Svein Kjosavik og Sverre Nesvåg

Dette var et tverrsektorielt samarbeid som la grunnlaget. Alle som var involvert i rusproblematikk i kommunen ble invitert til å delta i en prosjektgruppe. Sandnes politistasjon, Symra apotek, Psykiatrisk Ungdomsteam, Basissenteret, Fylkeslegen, Sandnes kommune v/ helsesjefen samt legene i Sandnes.

Selv om det blant legene var en viss skepsis i startfasen, var det jevnt over svært positiv respons på et tverrfaglig arbeid omkring et tema som alle følte seg berørt av. De ovenfor nevnte grupper samt representanter fra Rogalandsforskning, utgjorde prosjektets styre. Det skulle vise seg å bli starten på et formalisert, fruktbart samarbeid. Både i og utenfor styremøtene utviklet det seg gode relasjoner mellom de ulike. Det foregikk en kontinuerlig oppbygging av kunnskap omkring temaet, og fra forskerne fikk styret fortløpende resultat fra kartleggingen, hvilket ga en mer detaljert og dypere kjennskap til det illegale rusmiljøet i kommunen. I tillegg til en ren faglig kompetanseheving, økte også den enkeltes kompetanse og forståelse av de andres arbeidsområder, problemstillinger og muligheter. Dette skulle vise seg å være viktig kunnskap til bruk i det videre samarbeidet.

I løpet av prosjektperioden har følgende tiltak rettet seg mot befolkningen i Sandnes kommune

7.1 “Helsetorg”

For å sette søkelyset på *etterspørselen* av legemidler etablerte vi i Sandnes høsten - 97 “Helsetorget”, - som et tilbud til befolkningen. På bakgrunn av resultatene fra prosjektet valgte vi “voksne midt i livet” som primær målgruppe. Dette fordi opplysninger fra kartleggingen antydte at denne aldersgruppen hyppigst ble rammet av livskriser i form av f eks samlivsbrudd, arbeidsledighet, flytting, tap av nært nettverk, foreldres sykdom/død, ungdommer som flyttet hjemmefra etc. På slik bakgrunn konsulteres legen ofte med problemer som søvnløshet, ensomhet, stress og diffuse muskelplager. Legenes svar blir ofte reseptblokk, og terapisamfunnet overtar den plassen som nabo- og vennenettverk tidligere hadde. Denne gruppen er i tillegg med å påvirke de unges forhold til rusmidler, og innehar i så måte en svært viktig rolle som forbilder og modeller.

“Helsetorget” ble en arena hvor dyktige fagpersoner delte sin kunnskap med ulike grupper av mennesker gjennom forelesninger, debatter og konserter. Tema omkring bruk, feil bruk og utilsiktet bruk av legemidler ble valgt, men med ulik tilnærming. Det ble til sammen arrangert 15 forelesninger, hvorav 10 rettet seg mot den primære målgruppen “voksne midt i livet”. 4 av forelesningene var spesielt rettet mot eldre og ble arrangert ute i kommunens eldresentra. I tillegg var en av forelesningene spesielt rettet mot idrettens ledere, trenere og andre forbildefigurer, og arrangert i fotballens klubbhus.

Tilbudet om “Helsetorget” ble annonsert i egne program, som ble delt ut på trygdekontorer, legekontorer, helsestasjoner, frisører, på supermarkeder og andre aktuelle steder hvor folk flest vanker. Hvert enkelt arrangement ble annonsert i lokal presse, men media fulgte i tillegg tett opp med redaksjonell omtale og enkelte reportasjer. Arrangementene var lagt til kveldstid, og ble holdt i sentrumsnære lokaler. Det ble servert kaffe og sjokolade rundt små bord under foredraget/innlegget. Dette bidro til å skape et uformelt og “ufarlig” klima. Dette bidro til at vanskelige temaer kunne berøres, og det var lett for publikum å stille spørsmål og/eller komme med innlegg. Tilbudet var gratis, uten forhåndspåmelding og ble dominert av den tiltenkte målgruppen. I løpet av 15 arrangement hadde vi ca. 800 - 1000 besøkende. Tiltaket ble fortløpende evaluert gjennom 4 enkle spørsmål:

1. Hvordan fikk du informasjon om “Helsetorget”?
2. Er du tilfreds med temaene som blir tatt opp?
3. Bør “Helsetorget” fortsette?
4. Har du andre forslag til tema?

Fra tid til annen var lokalene så overfylte at det var vanskelig å få oversikt over hvor mange som var til stede, og det viste seg vanskelig å få inn svar fra alle hver gang. Det er derfor ikke mulig å angi noen nøyaktig svarprosent, men vi kan anslå at ca. halvparten av det totale antall deltakere har svart:

- På spørsmål 1 viste det seg at i startfasen var lokal media fundamentalt viktig som informasjonskilde,- men i løpet av høsten overtok “jungeltelegrafene” stadig mer som informasjonskanal.
- På spørsmål 2 & 3 var det kun positive svar
- Spørsmål 4 indikerte at det var et klart behov for at helseopplysning ble formidlet av fagfolk på en “folkelig”, nær og uformell måte. Det kom mange gode forslag til tema omkring annet helsestoff.

Foreleserne, som besto av fagpersoner hentet både fra lokale og nasjonale fagmiljø, gav svært positive tilbakemeldinger på valg av tema og form. Også media gav tiltaket udelt positiv omtale. Vi tør etter en høst’s utprøving av dette tiltaket trekke følgende konklusjoner:

1. “Helsetorget” ble positivt mottatt både av fagfolk og publikum som en god arena for formidling av helsestoff
2. Fagfolk fra lokalmiljøet trakk like mye folk som kjente personer hentet fra andre steder i landet
3. Tiltaket kostet totalt ca. 60.000,- kroner, men tatt i betraktning pkt. 2, kan tiltaket gjennomføres til en adskillig lavere pris
4. På bakgrunn av tilbakemeldinger i løpet av våren -98 har vi grunn til å tro at temaet har skapt debatt blant folk, både i det private og det organiserte sosiale livet
5. Tiltaket ble ikke startet opp igjen våren - 98, men nesten daglig var det i januar og februar etterspørsler etter nytt program

6. "Helsetorget" er som tiltak utprøvd med Sandnes som arena, og er etter vår mening klart for overføring til andre kommuner eller bedrifter

"Helsetorget" avsluttet høsten med en konsert med Bjørn Eidsvåg i nært samarbeid med en av kirkene i Sandnes. Ca. 1000 mennesker var på konserten, hvor Eidsvåg bød på et repertoar i tråd med "helsetorget" tema.

Om satsning i lokalmiljøet

Målsetting for satsning i lokalmiljøet er/var:

- Skaffe oversikt over definerte gruppers rusvaner (eks. organisert/uorganisert ungdom, midtlivsgruppen, eldre), og benytte resultatene som et verktøy i debatter om endring av holdninger
- Utvikle holdninger og tiltak som bidrar til å skape sunne modeller og forbilder
- Utvikle arbeidsmetoder som kan overføres fra den ene organisasjonen til den andre
- Bidra til at samarbeid om konstruktive holdninger utvikles på tvers av organisasjonene, og gjør det mulig at felles holdninger etableres i bydelen på tross av ulike aktiviteter

Vi valgte en av kommunens mer etablerte bydeler, ikke fordi denne på noen måte bærer preg av å utmerke seg som belastet, snarere tvert i mot. Den aktuelle bydelen preges av stabilitet i befolkningen, har tyngdepunktet av kommunens musikkliv og idrett i sin midte, har et rikt organisasjonsliv og har barneskole, ungdomsskole og videregående skole. Vi valgte denne bydelen fordi vi mente at mest mulig stabile rammer og strukturer ville gi de beste forutsetninger for å oppnå målsettingen, og for vinne erfaringer.

Vi startet med å kontakte bydelsutvalget og sørge for en politisk forankring. Her ble prosjektet møtt svært positivt, og ble lovet full støtte og oppbacking.

På den bakgrunn tok vi kontakt med representanter fra alle frivillige organisasjoner, videregående skole, menigheter etc. Vi ble også her møtt med positiv respons, og løfte om samarbeid.

På dette tidspunkt, senhøstes 1997, vedtok bystyret i Sandnes kommune å trekke Sunn By aktivitetene tettere inn mot etatene, og deres pågående aktiviteter. Dette medførte i praksis at videre innsats i forhold til "Pilleprosjektet" fra kommunens side ble nedprioritert, og ikke tilgodesett med verken økonomiske midler eller timeverk. Uten disse ressursene var det ikke grunnlag for å gå videre med bydelssatsningen i Sandnes kommune.

7.2 Normer for legene, pasientene og farmasøytene

Som anført fant vi grunn til å lage et tilbakemeldingssystem for legene for å bedre deres muligheter for egenkontroll og kvalitetssikring av sin forskrivningspraksis.

Pilotprosjektet var en ren tilbakemelding slik vist i kapittel 7. Slik tilbakemeldinger ble gitt legene 3 ganger i løpet av 1997, for 4 måneder om gangen. Foreløpig bearbeidingen av data fra 2. og 3. tertial viser en nedgang i antallet “gule” leger fra 10 til 7 mens antallet leger i ordningen steg fra 31 til 34. Dette gir litt vansker med å klart si hva som er en effekt av ordningen og fokuset på forskrivningen, og hva som kan være en fordelingseffekt av pasientene på flere leger.

Vi laget normer for bruk av vanedannende midler for den enkelte pasient, men også for legens forskrivning av slike midler. Det ble under prosjektet også etterspurt mer konkrete retningslinjer for farmasøytens håndtering av dette problemområdet.

Får å gi legene og farmasøytene et “verktøy” i det daglige arbeidet har vi sammenfattet våre anbefalinger til retningslinjer for pasienter, leger og farmasøyter. Det er i seg selv et viktig moment å forsøke å få alle parter i systemet til å snakke med “en tunge”.

De fleste leger har skrevet ut resepter på vanedannende legemidler til mange pasienter. Som regel er dette uproblematisk og lite kontroversielt. De aller fleste som får slike midler har gode grunner for å få disse, og bruker relativt beskjedne mengder. Noen av de som får relativt store doser har også gode grunner for det.

Likevel er det tidvis et problem. En del pasienter ønsker mer medisiner enn det er indikasjon for. Noen blir også stående på slike medisiner lenge etter at den opprinnelige indikasjonen er over. Det er svært ulik praksis mellom legene på dette feltet og ingen medisinsk konsensus om bruken.

Skal en sette grenser for pasienter, kan det være nyttig å ha en offentlig autorisert veileder å støtte seg til. I dag er det slik at hvis en lege er noe restriktiv i sin forskrivning kan det bli oppfattet som en måte å unngå “brysomme” pasienter på. Skriver en ut relativt mye blir en gjerne vurdert som uansvarlig og “slepphendt”. Retningslinjer kan skape en basis for mer lik praksis legene imellom. Det vil forenkle nødvendig grensesetting for de som trenger det.

Det er viktig å presisere at hensikten med disse normene er å bedre kvaliteten og refleksjonen omkring bruken av disse midlene, mer enn å redusere forskrivningen. Det må være helt greit å ha pasienter som får røde doser, dersom det er en fornuftig medisinsk begrunnelse for dette. På samme måte må det være uproblematisk at en er en rød lege i sin totalforskrivning hvis en har en pasientpopulasjon og et sykdomspanorama blant disse som gjør det nødvendig og fornuftig. Samtidig er det klart at kravet til journalføring og dokumentasjon av begrunnelsen for forskrivning bør stå i forhold til den mengden den enkelte pasient får.

Tanken er at disse retningslinjene kan bli laget som et plastlaminert ark til å ha på den enkelte leges kontor/det enkelte apotek. Vi anbefaler at de f eks kan ligge under skrivebordsunderlaget. Det kan også lages som dataversjon for de som foretrekker det. Når en pasient ber om resept på vanedannende legemidler kan en diskutere bruken med pasienten utfra disse normene. De leger som har elektronisk journal kan raskt finne ut hvor mye pasienten har fått tidligere, og sammenholde dette med normen. Vi tror at mange av de ”gule” vil kunne endre adferd med beskjeden innsats. Kanskje er det nok å bli gjort oppmerksom på at de er på gult nivå. Når det gjelder de røde kan det være behov for mer omfattende behandlingsstrategier. Likevel vil det kunne være med å øke motivasjonen for å gjøre noe med problemet.

Retningslinjene for legens adferd kan brukes som begrunnelse for en omlegging av forskrivningsrutiner ved legekantor der det er nødvendig. Mange har gitt ut / reiterert slike resepter etter telefon“bestilling” fra pasientene. Vi vil anbefale at hovedregelen er at pasienten får time hos legen om de ønsker A/B-resepter. Er der god grunn for det, kan en fravike dette, men det bør ikke være rutinen.

De nye førerkort forskriftene er tatt med og tolket mer konkret i forhold til dosering. En god del pasienter kan kjøre bil i høyere døgndoser enn det som er angitt i normene, uten at det er å betrakte som “propille” kjøring. Likevel kan denne vurderingen være vanskelig. Det er skjønnsmessige vurderinger. For å få mer lik praksis, bør disse vurderingene sentraliseres til fylkeslegene. Dette er bakgrunnen for våre anbefalinger om meldingsnivået til fylkeslegen. Selvsagt skal de som har medisinsk god grunn til å bruke høye doser (f eks maligne lidelser) få forskrevet det de trenger. Likevel er det slik at en ikke uten videre kan kjøre bil selv om begrunnelsen for medisinerbruken er god.

Normene kan være en god innfallsvinkel for en bedret dialog omkring pasientens bruk av slike midler. Vi har tro på at spesielt “gule” pasienter eller leger kan endre adferd bare ved å bli gjort oppmerksom på at de er gule. Det er et klart incitament for endring å bli gjort oppmerksom på at en er “utenfor” det normale. Det at førerkortforskriften er presisert nederst på veiledningsarket tror vi også vil være meget sterkt medvirkende til at pasienter ønsker å redusere sitt forbruk hvis de har fått såvidt mye at de er i faresonen for å bli rapportert til fylkeslegen. Hvis normene kan medføre mer ens praksis blant legene vil vi ha tro på at det kan redusere forbruket av slike midler, men ikke minst lette den enkelte leges arbeid og grensesetting overfor de som etterspør slike midler i større grad enn det der er klar medisinsk indikasjon for.

Disse retningslinjene har vært utprøvd noe i praksis. Det har vist seg at mange pasienter har vært mindre interessert i å få så mye medikamenter når de er blitt gjort oppmerksom på farene. Spesielt sterkt virker det at sertifikatet kan stå i fare. Også pasienter med høyt forbruk (rødt nivå) har blitt motivert for reduksjon i eget forbruk bare av den grunn. Flere leger har opplevd at det har vært enklere å begrense pasientenes forbruk der det er grunn til det, uten å ødelegge behandlingsalliansen med pasienten. Hvis det kan brukes slik er hensikten oppnådd.

Her må det dog presiseres at når det gjelder farmasøytens praksis er det en del juridiske problemer som ikke er avklart. Det er derfor foreløpig kun vårt forslag til hvordan praksis burde vært for disse. Når det gjelder råd for lege og pasient er dette ikke noe juridisk problem, slik at disse normer umiddelbart kan tas i bruk.

Vi vil tillate oss å nevne at disse normene er tatt inn i forarbeidet til ny “veileder i bruk av vanedannende midler” som helsetilsynet har under utarbeiding. Hvordan det endelige resultatet blir i helsetilsynets utgave er ikke avklart enda. Det vil være avhengig både av nødvendige juridiske vurderinger, men også av resultatet av høringsuttalelser mm.

Veiledende normer for bruk av vanedannende midler

1 DDD er f.eks. 4 TBL. PARALGIN FORTE eller 10mg DIAZEPAM eller 50mg OXAZEPAM eller 1mg Rohypnol eller 5 mg mogadon eller 7,5mg imovane			
LEGEADFERD	GRØNN praksis	GUL praksis	RØD praksis
RESEPTHYGIENE	Reseptutstedelse under konsultasjon eller ved telefonkontakt med hjemmesykepleien	Reseptutstedelse ved telefonkontakt mellom lege og pasient	Reseptutstedelse etter kontakt mellom pasient og legens hjelpepersonell
VOLUMGRENSER pr pasient	Inntil 50 DDD / 4 måneder Inntil 200 DDD / 4 måneder til pasient med kjent alvorlig sykdom eller over 200 DDD / 4 måneder til pasient med kjent alvorlig sykdom der hjemmesykepleien har ansvar for medisineringsen	Mellom 50 og 100 DDD / fire måneder over 200 DDD / 4 måneder til pasient med kjent alvorlig sykdom der pårørende har ansvar for medisineringsen	mer enn 100 DDD / fire måneder Mer enn 200 DDD / 4 måneder til pasient med alvorlig sykdom uten annen kontroll. enn time hos legen ved behov.
Legens totalvolum	inntil 2000 DDD utskrevet / måned	Inntil 3000 DDD utskrevet pr mnd. totalt	over 3000 DDD utskrevet pr måned totalt
MISBRUKERE	Forskrivning til kjent misbruker hvis behandlingen følges av tverrfaglig team og er under stadig vurdering og kontroll	Forskrivning til kjent misbruker som kun følges av legen, hvis registret på fylkeslegens liste	Forskrivning kjent misbruker uten noen annen kontroll enn legens skjønn
PASIENT SOM HAR ELLER BURDE HA HATT EN ANNEN LEGE	Forskrive minstepakke til pasienter i legevakt eller i poliklinikk / ved utskrivning fra sykehus eller i spesialistpraksis der pasienten har eller burde ha annen fast lege enn reseptutskriver	Forskrive inntil 50 tbl. til pasient i legevakt eller i poliklinikk / ved utskrivning fra sykehus eller i spesialistpraksis ved objektiv påvisbar god grunn - der egen lege får skriftlig beskjed etterpå	Forskrive A / B preparat i legevakt eller i poliklinikk / ved utskrivning fra sykehus eller i spesialistpraksis uten å gi egen lege skriftlig beskjed om dette eller i større kvanta enn minstepakning
FØRERKORT OG MEDIKASJON	Inntil ½ DDD pr døgn bør legen gi pasienten informasjon om faren ved kortvarig bruk av Medikamenter ut over de doser som er forenlig med å kjøre bil	Ved ½ til 1 DDD pr. døgn bør Legen presisere nøye faren ved Kortvarig bruk av medikamenter ut over det som er forenlig med å kjøre bil	over 1 DDD pr døgn eller bruk i kombinasjon med andre rusmidler gir MELDEPLIKT TIL FYLKESLEGEN der bruken har vart eller antas å ville vare over 6 mnd

FYLKESLEGEN KAN GI DISPENSASJON FOR FØRERKORT VED BRUK AV MER ENN 1 DDD/ DØGN VED SÆRSKILTE GODE GRUNNER

Veiledende normer for bruk av vanedannende midler

1 DDD er f.eks. 4 TBL. PARALGIN FORTE eller 10mg DIAZEPAM eller 50mg OXAZEPAM eller 1mg Rohypnol eller 5 mg mogadon eller 7,5mg imovane			
anbefalinger for PASIENTADFERD VOLUMGRENSER BRUKSMÅTER	GRØNN	GUL	RØD
		Bruk av inntil 50 DDD/ 4 måneder	Bruk av 50 til 100 DDD / 4 måneder
	Bruke egne medisiner som foreskrevet av egen lege, evt. la andre få av egne medisiner etter klar avtale med legen	Bruke egne medisiner på annen måte enn foreskrevet, ta imot eller gi medikamenter fra / til andre	Selge til venner og bekjente Kjøpe av venner og bekjente
	Kun få vanedannende midler hos en lege eller minste pakning hos annen lege når egen lege er utilgjengelig	Få mer vanedannende midler enn minste pakke hos annen enn ens faste lege	Gå til flere leger
MEDIKAMENTTYPER Sterkere hostemedisin Sovemedisin Beroligende medisin (valium el. l.) Smertestillende medisiner (paralgin forte el.l.) Kombinasjoner	ved akutt luftveisproblem i inntil 3 uker	mellom 3 og 6 uker i normal dosering	mer kronisk forbruk eller i høyere dosering enn forskrevet.
	inntil hver 3. dag eller 10 netter pr måned	annenhver dag eller daglig i inntil en måned	Daglig i mer enn en måned
	ved akutte angstepisoder en sjelden gang	daglig i kortere perioder og etter normal dosering som angitt av legen	Tidvis større doser enn angitt av legen eller daglig i mer enn en mnd.
	Mot smertetilstander etter avtale med egen lege i normal dosering		Bruk av andre grunner enn sterke smerter.
	Kombinere flere typer vanedannende midler i korte perioder etter avtale med egen lege	Kombinere flere slike medisiner innen normal dosering, men uten å ha diskutert dette med egen lege	Kombinere flere slike medisiner evt. blande slike medisiner og alkohol eller andre rusmidler.
FØRERKORT OG MEDIKASJON	Inntil ½ DDD pr døgn går normalt greit å kombinere med bilkjøring. f.eks. inntil 1 tbl paralgin forte x 2 eller 5 mg valium el. l. eller 1/2 sovetablett om kvelden	Ved ½ til 1 DDD pr. døgn bør en være vant med medisinen og dosen må fordeles over døgnet. Det kan være fare ved bilkjøring og en bør være nøye med dosene.	Ved doser over 1 DDD pr døgn eller hvis slike midler brukes i med andre rusmidler har legen MELDEPLIKT TIL FYLKESLEGEN hvis dette varer over noe tid (6mnd)

FYLKESLEGEN KAN GI DISPENSASJON FOR FØRERKORT VED BRUK AV MER ENN 1 DDD/ DØGN VED SÆRSKILTE GODE GRUNNER

Veiledende normer for bruk av vanedannende midler

1 DDD er f.eks. 4 TBL. PARALGIN FORTE eller 10mg DIAZEPAM eller 50mg OXAZEPAM eller 1mg Rohypnol eller 5 mg mogadon eller 7,5mg imovane			
FARMASØYTER	GRØNN praksis	GUL praksis	RØD praksis
LEGITIMASJON	Be om legitimasjon ved utlevering	Be om legitimasjon ved utlevering av pakninger på 50 tbl. eller mer	Ikke be om legitimasjon overhode
FYLKESLEGENS LISTE	Sjekke alle a/b resepter mot "fylkeslegens liste"	Sjekke alle a/ b resepter over 50 tbl. mot listen	Ikke sjekke listen
MELDING TIL FYLKESLEGEN	Melde til fylkeslegen alle pasienter som har vært til 3 ulike leger eller flere i løpet av 4 mnd. hvis pasienten har fått mer enn minstepakker hos to av dem fått utlevert mer enn 120 ddd på 4 måneder fra flere leger (førerkortforskriften) eller fra en lege uten at pas. har kjent alvorlig sykdom	Melde til fylkeslegen alle pasienter som har vært til mer enn 4 leger eller fått mer enn 200 ddd på 4 mnd. uten at pas. har kjent alvorlig sykdom	Melde til fylkeslegen først når pasienter har vært til mer enn 5 leger eller fått mer enn 400 ddd på 4 mnd. eller ikke melde til fylkeslegen
MELDING TILBAKE TIL LEGEN	Gi tilbakemelding til legen når 1.pasient har fått mer enn 100 ddd hos samme lege på 4 mnd. 2.kunden bare vil ha litt av pakken som er forskrevet først for så å hente resten senere når 3 kunden virker beruset eller ved 4 mistanke om videresalg	Gi tilbakemelding til legen 1 når pasienten har fått mer enn 120 ddd hos samme lege på 4 mnd.eller 2 ved gjentatte episoder som nevnt under grønn praksis punkt 2-4	Ikke gi tilbakemelding til legen

Vi vil anbefale at førerkortforskriften tolkes slik at bruk av mer enn 1 ddd pr døgn ikke er i samsvar med trygg bilkjøring. På dette grunnlag kan en gi beskjed til fylkeslegen om slikt forbruk der det varer over 6 måneder. Pasienten bør få beskjed om dette hvis forbruket ligger på mer enn 1 ddd pr døgn i 4 måneder
FYLKESLEGEN KAN GI DISPENSASJON FOR FØRERKORT VED BRUK AV MER ENN 1 DDD/ DØGN VED SÆRSKILTE GODE GRUNNER

7.3 Ethiske aspekt

Det har aldri vært meningen å underkjenne den sannhet at det finnes mennesker som har stor nytte og glede av disse medikamentene. Det er for noen en del av den daglige nødvendighet for å kunne fungere i samfunn og/eller arbeidsliv, hva enten det gjelder mennesker som av ulike grunner i store deler av sitt liv har vært tilknyttet behandlingsapparatet innenfor psykiatrien eller rusomsorgen. Vi kan stille spørsmål ved om nødvendig innstramning av forskrivning av vanedannende legemidler i for stor grad har gått og vil gå ut over en del mennesker. Dette vil også kunne gjelde de mest langtkomne av rusmisbrukerne. Dette gjelder selvsagt ikke ungdom i utprøvningsfasen, eller misbrukere hvor rusfri behandling er det mest hensiktsmessige, men rusmisbrukere med 10-15 års misbruk bak seg, og hvor rusfrihet synes urealistisk som mål. Vi vet også at svært mange rusmisbrukere sliter med omfattende psykiske og sosiale problemer i tillegg til sitt rusproblem, - eller kanskje som en følge av, - og det kan være vanskelig å si hva som kom først, høna eller egget. Da de psykiatriske ungdomsteamene i Norge våren 1996 foretok en kartlegging av klienter i behandling, fant de at alle misbrukerne i undersøkelsen hadde omfattende psykiske problem i tillegg til rusmisbruket. Det handler om fravær eller tap av nære relasjoner, omsorgssvikt og ulike former for overgrep. Om de psykiske lidelsene er en årsak til, eller en følge av misbruket er i denne sammenheng mindre interessant. Vi har grupper som innenfor behandlingsapparatet ligger i gråsonen mellom rusproblematikk og psykiatri. Det bør være av større interesse, både faglig og politisk, å vurdere muligheter for å gi disse sårbare gruppene størst mulig grad av verdighet for å styrke deres selvbilde, og gi dem et liv med høyest mulig kvalitet. Hvem har rett til å definere noen smerteformer, f eks kreft eller migrene som mer verdige enn andre smerter, f eks traumer fra en vanskelig oppvekst?

Gjennom resultat fra tidligere forskning, som ble underbygd av resultat fra foreliggende undersøkelse, har vi sett behovet for å utvikle strategier som møter problemet fra to ulike kanter; 1) for å redusere etterspørselen og 2) bidra til at tilbudene blir mer presise. Mens ovenfor nevnte grupper “skriker” etter medikamenter som en del av hjelpen til å overleve hverdagen, ser vi i tillegg at denne type “hjelp og løsning” etterspørres i stadig større grad også av andre grupper i samfunnet, f eks aldersgruppen ’midt i livet’ og de eldre. Det er i forhold til disse gruppene, som søker alminnelig hverdagsstress, ubehageligheter og søvnmangel løst med kjemikalier, at vi har valgt å sette inn ulike typer av tiltak. Det kan lett betraktes som en flukt fra å slippe å løse sine kriser med konstruktive mestringsstrategier. Medikamenter er for de det gjelder snarere en kamuflering og utsettelse av problemene enn behandling, og for mange vil det være innfallsporten til et avhengighetsforhold.

8 SAMMENFATNING

Av Ragnhild Wiik og Marie Smith-Solbakken

Vi ser det som viktig å klargjøre hva som skiller b-preparater fra illegale stoffer.

8.1 Avhengighetsdannende?

B-preparater er legemidler som skal redusere angst, søvnproblemer, smerte og hoste. For å kunne kjøpe slike legemidler må en ha resept. Legemidlene importeres legalt, de selges legalt på apotek og de brukes legalt. Kjente b-preparater er Paralgin forte mot smerter og Cosylan mot hoste. Andre kjente b-preparater er benzodiazepiner som Valium og Stesolid mot angst og Rohypnol og Mogadon for å få sove. Benzodiazepinene var tenkt som et ikke-avhengighetsdannende alternativ til barbituratene. Hollister (1995) skriver at misbruk og fysisk avhengighet av benzodiazepiner er blitt rapportert, men forekommer sjeldnere enn ved bruk av barbiturater. Denne konklusjonen er i overensstemmelse med en av konklusjonene fra konsensuskonferansen i 1996 (Norges forskningsråd, 1996) hvor det stadfestes at regelmessig bruk av benzodiazepiner innebærer liten risiko for utvikling av avhengighet. I den samme konsensrapport stadfestes det at “regelmessig bruk lengre enn 3 måneder fører til seponeringsproblemer hos 30-50%”. De to siste konklusjonene står i et motsetningsforhold til hverandre, noe som indikerer at avhengighetsfenomenet er sammensatt.

Flertallet av våre informanter brukte b-preparater på lik linje med narkotika/alkohol. Vi kan ikke si at de var mer eller mindre avhengige av pillene enn av andre rusmidler, men vi så at de ble brukt til samme formål og i samme omfang. Med hensyn til våre ‘rene’ pillebrukere, ble pillene en styrende kraft i deres liv. Til tross for at folk taper penger, tid og ære på å skaffe seg og bruke disse pillene, fortsetter de med bruken. De uttrykker ønske om å slutte, men fortsetter likevel. Nærmest ingen av våre informanter har klart å slutte ved verken egen eller andres hjelp. Dette tyder i aller høyeste grad på at de er avhengige, men på hvilken måte?

8.2 Narkotika?

B-preparater brukes ikke bare slik som tiltenkt. De brukes også for å oppnå rus. Legemidler kan gi rus brukt alene, eller de kan blandes med narkotika for å 'øke og tilspisse' effektene. Blanding av heroin og Rohypnol er vanlig blant heroinister. Legemidler brukes også vekselvis med narkotika/alkohol for å dempe abstinenssymptomene etter å ha gått på disse stoffene en lengre periode. Benzodiazepiner brukes for å "komme ned igjen" etter å ha godt på amfetamin en periode. Informantene rapporterer også om veksling mellom ulike typer legemidler. 'Vekselbruk' er gunstig for å unngå at toleransen for et og samme stoff blir for høy. I rusmiljøene nevnes piller på lik linje med heroin når informantene beskriver hva de bruker. Hva er da forskjellen på legemidler og narkotika i rusmiddelhenseende?

I utgangspunktet er både kjøp og bruk av legemidler legalt, mens bruk og omsetning av narkotika er ulovlig fra første stund. Dette er den eneste forskjellen vi kan se mellom legemidler brukt til rus og narkotika. Legemidler og narkotika gir tilnærmet lik rus.

8.3 Hvem deltar?

Det er ulike befolkningsgrupper som omsetter legemidler. Vi har helst vært i kontakt med den mest synlige gruppen. Resultater fra intervju og observasjon tyder på at også mindre synlige eller 'usynlige' grupper er aktive i omsetningen. Informantene forteller at de kjøper piller av den 'hyggelige familiefaren', det vanlige ekteparet og folk med kroniske sykdommer. Vår hypotese er at det er langt flere aktører på det illegale legemiddelmarkedet enn de vi har intervjuet. Med andre ord, det finnes trolig en stor 'usynlig arena'.

8.4 Legemidler mot kulturøkonomisk avhengighet

Legemidler kan føre folk inn i et rusmiljø og bidra til å holde dem der. Dette er en ulempe med legemidler. Våre resultater indikerer at legemidler også kan brukes til å oppnå motsatt effekt.

Et tradisjonelt mål med terapi er å gjøre personen rusfri. Våre data tyder på at dette må komme inn i siste fase av behandlingen. Først må en erstatte illegale rusmidler med legale rusmidler. Deretter må pasienten få en styrket rolle i et sosialt akseptert miljø gjennom arbeid, økonomisk opprydding og stabile, sosiale relasjoner.

Folk må ikke tappes for kontroll og selvtillit. Det kan være slitsomt å bygge opp et sosialt nettverk. De opplever motgang. Legemidlene kan hjelpe dem til å tåle dette. Legemidlene gjør dem livsdugelige. På denne måten brukes legemidlene til å redusere/fjerne den kulturøkonomiske avhengigheten. Legemidler blir et middel som forenkler skifte av sosialt miljø. Legemidlene kan slik sies å spille en tilsvarende rolle som metadon for å hjelpe heroinister til å leve et tilnærmet 'normalt' liv. Nedtrapping bør skje ved poliklinisk behandling der de bor. Målet med terapien er fortsatt å fjerne rusmiddelavhengigheten. Det å ta bort rusmidlene utgjør imidlertid siste trinn i behandling. Første trinn er å redusere så langt som mulig den kulturøkonomiske tilknytningen til illegale rusmiljø og samtidig erstatte denne med en tilknytning til sosialt akseptert miljø. Når selvtilliten er styrket og pasienten har etablert tilstrekkelige stabile, sosiale relasjoner i ikke-kriminelle miljøer kan nedtrappingen starte.

Vi har kommet frem til at legen har nøkkelroller når det gjelder misbruk og omsetning av legemidler. Slik vi ser det bør legene også ha en nøkkelrolle når det gjelder tiltak. Endringer kan fremmes gjennom legen. Det nytter lite å tro at misbrukeren selv vil forandre atferd ved å få gode råd. Systemet rundt misbrukeren må endres. Vi skrev tidligere at legen ufrivillig blir 'pusjer' eller 'narkolanger' ved forsyning av legemidler til misbrukeren. Dette er ikke udelt negativt. På det illegale narkotikamarked har pusjeren stor makt over brukernes livssituasjon. "Den som har dopen, har makten" (Smith-Solbakken og Tunglund, 1997). Legen har også dop, og kan bruke tilhørende makt i terapeutisk henseende. Han kan forskrive medisiner mot visse gjenytelser som f.eks. jobbe, gå på skole, holde seg borte fra illegale rusmidler og kriminalitet osv. Hvis pasienten bryter avtalen, avslutter legen forskrivningen. Konsekvensen av et slikt lege-pasient-forhold er at legen reduserer og til slutt fjerner den avhengigheten pasienten har til illegale pusjere og narkomiljøet som helhet.

Vi startet med å intervju informanter om deres bruk og anskaffelse av b-preparater. Vi fikk historier om pillebruk. Vi fikk også historier om pilleomsetning. Det ble etterhvert klart at vi ved å forske på utilsiktet bruk og omsetning av b-preparater ikke kommer utenom bruk av tradisjonelle narkotika.

9 Konklusjoner

Alle parametre ser ut til å variere når det gjelder utilsiktet bruk og illegal omsetning av legemidler. Dette gjelder både for den enkelte person og mellom personer. Det er likevel ikke et kaos vi har med å gjøre. Det finnes sammenhenger i denne flyten. I dette studiet har vi funnet at utilsiktet bruk og illegal omsetning henger sammen.

Piller en del av den illegale rusøkonomien.

B-preparater brukes til rusing på tilsvarende måte som tradisjonelle narkotika. Det spesielle for b-preparater i forhold til tradisjonelle narkotika, er at de i større grad blandes eller inntas samtidig, enten med narkotika eller med andre b-preparater. Det er sjelden at f eks heroin og amfetamin blandes, selv om også dette skjer.

Det er to sider ved misbruk av b-preparater:

- 1) b-preparater brukes ukontrollert som et supplement til eller på lik linje som illegale narkotiske stoffer.
- 2) b-preparater kan brukes og brukes på tilsvarende måte som metadon.

Pillene hjelper folk til å tåle situasjonen. Selve situasjonen forandres ikke. Tiltakene bør rettes mot å forandre situasjonen.

En liten prosentvis andel kunder velger et bevisst handlemønster for å skaffe seg mye medisiner. Besøk hos flere forskjellige leger er den strategien som gir størst 'uttelling' i mengde medikamenter. Storforbrukerne synes å ha et strategisk handlemønster.

De 'røde' undermedisineres, mens de 'gule' og 'grønne' overmedisineres. Dette er vist ved at de gule og grønne selger til de røde. Også de røde selger og bytter, men til hverandre. De har ikke for mye, men feil type. Når de har for lite, kriter og låner de tabletter av bekjente og setter seg dermed i gjeld. Når de omsider får ny forsyning av legen(e) må de betale gjelden sin for å krite neste gang. Dette bidrar til å binde dem fast til miljøet.

Legene skriver ut b-preparater til 'feil' pasienter. Dette fører til en opphopning av b-preparater blant de eldre. Denne skjevheten reguleres på det illegale marked. De eldre selger til de yngre.

Den tverrfaglige bredden i styrets sammensetning og prosjektets organisering var helt avgjørende for det lokale eierforholdet til prosjektet og tiltakene. Det bidro også til bedre utnyttelse av lokalmiljøets totale faglige ressurser. "Helsetorget" viste seg å være en god arena for formidling av helsestoff til befolkningen. Avgjørende var nok at det foregikk i hverdagslige og trygge rammer, i tillegg til at helsestoff ble formidlet av fagfolk på en svært "folkelig" og alminnelig måte. Oppslutningen og positive tilbakemeldinger talte sitt tydelige språk om at "landsbylegen" trakk mer folk enn mer perifere fagfolk, og også billigere.

10 Referanser / Litteraturliste

- Aga, J., et al (1987). Forskrivning av benzodiazepiner til daglig bruk. Tidsskr Nor Lægeforen, 17.
- Andreasen, C. M., Errebo-Knudsen, L., & Kristensen, K.A. (1989). Patientinformasjon kan redusere forbruket af benzodiazepiner i almen praksis. Ugeskr Læger, 151/45.
- Barland, B. (1993). Holdninger og adferd til doping. OL 94 og forskning, OLs dokumentasjonstjeneste, Østlandsforskning nr. 5.
- Bateson, G. (1972). Steps to an Ecology of mind. Ballantine Books, New York.
- Berge, W.T. (1995). Legemidler på avveier - om utilsiktet bruk og illegal omsetning av legemidler. Sandnes Sunn By, RF-Rogalandsforskning, SAMKOM. Rapport 1-95.
- Bjerke, E., Aga, J. Bjørnstad, A. (1991). Effekt av tilbakemelding og selvevaluering på forskrivning av beroligende midler. Tidsskr Nor Lægeforen, nr.18.
- Bjørndal, A. et al (1983). Gagn eller ugagn? Forbruk av psykofarmaka i Norge, SIFF-rapport nr.4.
- Bjørndal, A. & Forsén, L. (1989). En pille for alt som er ille? nr.7. SIFF.
- Bratfos, O. (1981). Er det overforbruk av benzodiazepiner? Tidsskr Nor Lægeforen, nr. 101: 227-31.
- Bremer, K. (1992). Fylkeslegene og misbrukerregisteret. Norsk Farmaceutisk Tidsskrift, nr. 14.
- Bruun, E. & Klem, K. (1992). Hva kan apotekene gjøre for å motarbeide legemiddelmisbruk? Norsk Farmaceutisk Tidsskrift, nr. 4.
- Busto, U. et al (1986). Patterns of Benzodiazepine Abuse and Dependence. British Journal of Addiction, 81.
- Claussen, T. & Tunglund, E. (1993). "Ille og gal". Kulturøkonomi hos ungdom. RF-Rogalandsforskning, RF-1993/085.
- Dybwad, B.T. et al (1994). Tilsyn med b-preparatforskrivningen. Tidsskr Nor Lægeforen, nr. 27.
- Elster, J.C. (1989). Nuts and Bolts. Cambridge University Press.
- Fylkeslege-etaten (1993). Registrering av legemiddelmisbrukere, innstilling til fremtidig ordning. Fylkeslege-etaten (1993).
- Hair, J.F. jr. et al (1990). Multivariat Data Analysis. Macmillan Publishing Company.
- Hansen, H.E. & Jensen, T.Ø. (1993). A Daily Life Perspective on Psychotropics.

- Haug, T.H. (1992). Hva er gjort for å redusere misbruk av vanedannende legemidler i Norge? Statens helsetilsyn 1992.
- Hauge, R. (u.å.) Fra opiumskrig til legemiddelkontroll. Rusmiddeldirektoratet.
- Haugeng Larsen, K. & Matheson, I. (1992). Tiltak overfor leger og pasienter - kan det redusere forbruk av b-preparater? Norsk Farmaceutisk Tidsskrift, nr. 14.
- Haugeng Larsen, K. (1992). Tilbakemelding til leger i Nord-Gudbrandsdalen om forskrivning av b-preparater. Norsk Farmaceutisk Tidsskrift, nr. 14.
- Henriksen, Ø. & Sande, A. (1994). Rus i fellesskap. Nordlandsforskning, Rapport, nr. 22/94.
- Holm, H.A. (1993). b-preparater, en kraftig utfordring til legestanden. Tidsskr Nor Lægeforen, nr. 8.
- Holm, M. (1990). Intervention against Long-term use of Hypnotics/Sedatives in General Practice. Scand J Health Care, nr. 8.
- Holmberg, M.B. (1985). Longitudinal studies of drug abuse in a fifteen-year-old population. Acta psykiatr scand 71:67-210.
- Isacson, D., Carsjø, K. & Bergman, U.B. (1992). Long-term use of benzodiazepines in a swedish community: an eight-year follow-up. J Clin Epidemiol, 45, nr. 4.
- Isacson, D., Carsjø, K., Bergman, U.B. & Blackburn, J.L. (1992). Long-term use of benzodiazepines in a Swedish Community: An eight-year follow-up. J Clin Epidemiol, 42, nr 4.
- Jensen, T.Ø. (1991). Med vondt kan vondt fordrives? Upublisert, innledning på RMFs konferanse, Soria Moria.
- Jersin, E. (1984). Kvalitetsstyring. Tapir, Trondheim.
- King, M.B. (1994). Long-term benzodiazepine users - a mixed bag. British Journal of Addiction, nr. 89.
- Klausen, M. (1992). Lege og farmasøyt må samarbeide for å bekjempe misbruk. Norsk Farmaceutisk Tidsskrift, nr. 14.
- Kristensen, P. & Fjermestad, T. (1991). Benzodiazepiner, holdninger og forskrivningspraksis blant allmennpraktikere og psykiatere. Tidsskr Nor Lægeforen, nr. 18.
- Kruse, S. & Christoffersen, A.S. (1994). Kjøring under påvirkning av alkohol, legemidler og narkotika. Tidsskr Nor Lægeforen, nr. 4.
- Kverme, A. (1994). Telemark-modellen. Borgestadklinikken.
- Lader, M. (1978). Benzodiazepines - the opium of the masses? Neuroscience ; 3:159-65.
- Lauridsen, Ø. et al (1991). Skift og helse – Skiftarbeid, søvnvansker, psykososialt arbeidsmiljø og psykosomatiske plager. Sluttrapport. RF-Rogalandsforskning, Rapport RF-1991/061.
- Leer, H.P., Øksnes, B. & Carstens, N. (1990). Legemidler som rusmiddel blant 9.-klassinger. Norsk Farmaceutisk Tidsskrift, nr. 14.
- Lie, Terje (1995). Omsetning av legemidler fra apotek. Notat. RF-Rogalandsforskning.
- Lie, T. og Aa. Lone (1997). Omsetning av b-preparater fra apotek. Rapport RF-1997/191.
- Mouland, G. (1994). Jeg skriver da ikke for mye b-preparater! Utposten, Nr. 23 (Legers forskrivningspraksis).
- Mouland, G. (1994). Bivirkninger ved langtidsbruk av benzodiazepiner, et større problem enn vi regner med. Fylkeslegen i Aust-Agder.
- Nie, N.H. et al (1975). SPSS Statistical Package for the Social Sciences. MacGraw-Hill Book Company.
- Nazareth, I.D. & King, M.B. (1989). Prescribing of benzodiazepines by casualty officers. Journal of the Royal Soc. Medicine.

- Norges offentlige utredninger, NOU 1993:22 Pseudonymiserte helseregistre.
- Norsk Medisinaldepot (1994). Legemiddelforbruket i Norge 1989-1993.
- Olseng, K. Belastningslidelser blant musikere (upublisert). Norges musikkhøgskole.
- Retterstøl, N. (1971). Bivirkninger av benzodiazepiner, med særlig henblikk på faren for tilvening. *Nordisk Psykiatrisk Tidsskrift*; 25: 34-44.
- Robberstad, T. (1983). Forskrivnings- og forbrukermønster av preparater i reseptgruppe B i Stavanger.
- Rutle, O. (1983). Pasienten fram i lyset. Rapport nr. 1, SIFF, Gruppe for helsetjenesteforskning.
- Sitter, Aa. (1989). Kvalitetssikring av medisinsk teknologi. RF-Rogalandsforskning. Rapport RF-1989/181.
- Skurtveit, S., Christoffersen, S.A. & Mørland, J. (1995). Kjøring under påvirkning av benzodiazepiner. *Tidsskrift for Den norske Lægeforening*, nr. 2.
- Smith-Solbakken, M. & Tunglund, E. (1993). Yterus - en trend i tiden? - Begrepsutvikling. Arbeidsnotat, RF-Rogalandsforskning.
- Smith-Solbakken, M. (1995). Omsetningssystem for narkotika. RF-Rogalandsforskning, RF-1995/171.
- Smith-Solbakken, M. & Tunglund, E.M. (1995). Legemidler på avveier – en del av den illegale rusøkonomien. RF-Rogalandsforskning, Arbeidsnotat RF-1995/292.
- Smith-Solbakken, M. (1995). Oljearbeiderkulturen. Historien om cowboyer og rebeller. Dr. Avhandling, RF-Rogalandsforskning, RF-1996/264.
- Smith-Solbakken, M. & Tunglund, E.M. (1997). Narkomiljøet. Økonomi, kultur og avhengighet. Ad Notam, Oslo.
- Sohlberg, C. (1992). Forskrivning av medikamenter til injiserende stoffmisbrukere. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift*, nr. 14.
- Statens helsetilsyn (1990). Veileder i forskrivning av vanedannende legemidler. Veiledningsserie.
- Statens helsetilsyn (1995). Retningslinjer for registrering av pasienter som er avhengig av vanedannende legemidler, nr. IK-95/5.
- Tellnes, G. & Bjørndal, A.F. (1986). Psychotropic Drug-users and Non-users in General Practice. *Scand J Prim Health Care*, 4:131-5.
- Tungland, E.M. (1995). "Kulturøkonomisk avhengighet" i Legemidler på avveier. Rapport nr.1-1995 Sandnes Sunn By, RF-Rogalandsforskning, SAMKOM.
- Tungland, E.M. & Smith-Solbakken, M. (1995). Legemidler på avveier - priser og aktører. RF-Rogalandsforskning, Rapport RF-1995/174.
- Tungland, E.M., Smith-Solbakken, M. & Claussen, T. (1996). Talent eller klient? Om unge stoffmisbrukeres kulturøkonomiske avhengighet. RF-Rogalandsforskning, Rapport RF-1996/025.
- Watzlawick, P. et al (1974). *Change*. W.W. Northon & Company, New York.
- Waal, H. & Middelton A. (red.) (1992). *Narkotikaforebygging mot år 2000*. Universitetsforlaget, Oslo.