

Piller på avveie

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. Tunland | Gradering: Åpen |
| ISBN: 82-7220-895-4 | Oppdragsgiver(e): Den norske lægeforening, Norges apotekerforening, Sosial- og helse-departementet, Sandnes kommune og Rusmiddeldirektoratet | Åpen fra (dato): |
| Forskningsprogram: | Prosjekttittel: 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 | 2 |
| 1.2 | Definerte døgndoser (ddd) | 2 |
| 1.3 | Misbruk og avhengighet | 3 |
| 1.4 | Bruksmønstre | 4 |
| 1.5 | Utsiktet bruk og illegal omsetning | 4 |
| 1.6 | Forskrivningspraksis | 6 |
| 1.7 | Kvalitetssikring | 7 |
| 1.8 | Rapportens oppbygning | 9 |
| 2 | METODER AV MARIE SMITH-SOLBAKKEN, RAGNHILD WIIK OG TERJE LIE | 10 |
| 2.1 | Metodetriangulering | 10 |
| 2.2 | Informanter | 10 |
| 2.3 | Kvalitative medoter | 11 |
| 2.3.1 | Intervju av legemiddelmisbrukere og leger | 11 |
| 2.3.2 | Observasjon | 11 |
| 2.4 | Dagboksnotater | 12 |
| 2.4.1 | Kort om faktoranalyse | 12 |
| 2.4.2 | Faktoranalyse av biologisk og kulturøkonomisk avhengighet.. | 13 |
| 2.5 | Apotekdata | 15 |
| 3 | FOLKS BRUK AV B-PREPARATER | 17 |
| 3.1 | Opplysninger fra apotekene | 17 |
| 3.2 | Andel av befolkningen som får forskrevet b-preparater | 19 |
| 3.3 | Størst volum sovemidler, men flest pasienter får smerte- stillende ... | 20 |
| 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 | 26 |
| 3.6.1 | De 150 største forbrukerne | 26 |
| 3.6.2 | Pasienter med 300 ddd eller mer | 27 |
| 3.6.3 | Maksimering av mengde døgndoser gjennom besøk hos forskjellige leger | 28 |
| 3.7 | Vurderinger | 28 |
| 3.7.1 | Pasientens forbruk | 28 |

| | | |
|-------|---|----|
| 4 | LIVSLØPSHISTORIER AV MARIE SMITH-SOLBAKKEN, RAGNHILD WIIK OG ELSE M. TUNGLAND | 30 |
| 4.1 | Tommy, karrieremannen | 30 |
| 4.2 | Taurus, har alltid foretrukket piller | 31 |
| 4.3 | Patty, dobbeltarbeidende småbarnsmor | 34 |
| 4.4 | Kåre, bonde med byfrue | 36 |
| 4.5 | Magnar, idrettsmannen | 37 |
| 4.6 | Tore, narkoman | 40 |
| 4.7 | Bente, student og legemiddelavhengig | 42 |
| 4.8 | Unni sklei ut som 12-åring og tok seg inn som 30-åring | 44 |
| 4.9 | Veier inn: helsevesen eller kameratflokket | 46 |
| 4.10 | Veier ut? | 47 |
| 5 | GATEMEDISIN AV RAGNHILD WIIK, MARIE SMITH- SOLBAKKEN, OLAV H.J. CHRISTIE | 48 |
| 5.1 | Effekter og 'oppskrifter' | 48 |
| 5.2 | Faktoranalyse av dagboksnotater | 53 |
| 5.2.1 | Tommys bruksmønster | 54 |
| 5.2.2 | Taurus' bruksmønster | 58 |
| 5.2.3 | Pattys bruksmønster | 63 |
| 5.3 | Finnes det en etablert gatemedisin? | 67 |
| 6 | HVA MENER LEGENE AV RAGNHILD WIIK, MARIE SMITH- SOLBAKKEN OG ELSE M. TUNGLAND | 69 |
| 6.1 | Legenes holdninger til forskrivning av b-preparater | 69 |
| 6.2 | Oppfatninger av egen forskrivningspraksis | 70 |
| 6.2.1 | Forskrivningsdose per pasient | 71 |
| 6.3 | Legemiddelavhengige pasienter | 71 |
| 6.3.1 | Årsaker til langtidsbruk | 72 |
| 6.3.2 | Avvenning | 72 |
| 6.4 | Synspunkter på alternativ behandling | 73 |
| 6.5 | Trusler, vold og innbrudd | 74 |
| 6.6 | Konklusjoner fra legeintervju | 74 |
| 7 | OPTIMED " - ET SYSTEM FOR EGENKONTROLL OG KVALITETSSIKRING | 76 |
| 8 | "SHOPPING"- HVORDAN LEGEMIDLER KOMMER PÅ AVVEIE AV MARIE SMITH-SOLBAKKEN, RAGNHILD WIIK, BARCLAY STEVENSON OG SVEIN R. KJOSAVIK | 84 |
| 8.1 | Hva sier misbrukerne ? | 85 |
| 8.2 | Fakta om shoppere | 86 |
| 8.2.1 | Shoppemønstre | 88 |
| 8.2.2 | Hva med dem som bare går til én lege? | 92 |
| 8.3 | Oppsummering | 92 |

| | | |
|-------|---|-----|
| 9 | ILLEGAL OMSETNING AV LEGEMIDLER AV MARIE SMITH-SOLBAKKEN, ELSE M. TUNGLAND OG RAGNHILD WIIK | 94 |
| 9.1.1 | Spontane hendelser..... | 96 |
| 9.2 | Byttehandling | 98 |
| 9.2.1 | ”Butikker” | 100 |
| 9.2.2 | Profesjonelle familiebutikker med mange involverte | 101 |
| 9.2.3 | Enmannsbutikker..... | 102 |
| 9.3 | Priser | 104 |
| 9.4 | Konklusjoner - omsetningssystemer | 105 |
| 10 | SAMMENHENG MELLOM OMSETNING OG EGET FORBRUK, EN FAKTORANALYSE AV RAGNHILD WIIK, MARIE SMITH-SOLBAKKEN, OLAV H.J. CHRISTIE..... | 107 |
| 10.1 | Første komponent: Sammenheng mellom inntak og omsetning (PC1) | 107 |
| 10.2 | Andre komponent: Inntak og omsetning sett i sammenheng med kjønn og alder (PC2) | 108 |
| 10.3 | Tredje komponent: Betydning av partnerens rolle (PC3) | 109 |
| 10.4 | Faktoranalysens potensial | 110 |
| 11 | IMPLEMENTERING AV TILTAK RETTET MOT BEFOLKNINGEN AV WENCHE TERJESEN BERGE, AMUND AAKEHOLDT, SVEIN KJOSAVIK OG SVERRE NESGVÅG..... | 111 |
| 11.1 | “Helsetorg” | 111 |
| 11.2 | Normer for legene, pasientene og farmasøytene..... | 114 |
| 11.3 | Etiske aspekt..... | 120 |
| 12 | SAMMENFATNING AV RAGNHILD WIIK OG MARIE SMITH-SOLBAKKEN | 121 |
| 12.1 | Avhengighetsdannende? | 121 |
| 12.2 | Narkotika? | 122 |
| 12.3 | Hvem deltar? | 122 |
| 12.4 | Rus, penger eller samvær? | 123 |
| 12.5 | Legemidler mot kulturøkonomisk avhengighet | 123 |
| 13 | KONKLUSJONER..... | 124 |
| 14 | REFERANSER / LITTERATURLISTE | 126 |
| | VEDLEGG 1 | 1 |
| | VEDLEGG 2 | 1 |

FIGURER

| | |
|--|----|
| Figur 3.1 Hostedempende medikamenter | 22 |
| Figur 3.2 Smertestillende medikamenter | 23 |
| Figur 3.3 Beroligende medikamenter | 23 |
| Figur 3.4 Sovemidler | 24 |
| Figur 4.1: Rusmisbruk eller legemiddelavhengighet?..... | 46 |
| Figur 5.1 Tommy: Forklart andel av variasjon i data materialet..... | 54 |
| Figur 5.2 Tommy, korrelasjon mellom variablene i første komponent (PC1)..... | 55 |
| Figur 5.3 PC1: Tidssvingninger i Tommys totalforbruk..... | 56 |
| Figur 5.4 Tommy, korrelasjon mellom variablene i andre faktor (PC2)..... | 57 |
| Figur 5.5 Tidssvingninger i Tommys alternering mellom amfetamin på den ene siden og Pf/morfin på den andre (PC2)..... | 58 |
| Figur 5.6 Taurus: Forklart andel av total varians i variablene..... | 59 |
| Figur 5.7 Taurus, korrelasjon mellom variablene i første komponent (PC1)..... | 60 |
| Figur 5.8 Taurus, dagens skårverdier i PC1..... | 61 |
| Figur 5.9 viser at andre komponent (PC2) | 62 |
| Figur 5.10 Taurus, dagens skårverdier i PC2..... | 62 |
| Figur 5.11 Taurus, korrelasjoner mellom variablene i tredje komponent (PC3)..... | 63 |
| Figur 5.12 Patty: Forklart andel av total varians i variablene..... | 64 |
| Figur 5.13 Patty, korrelasjon mellom variablene i første komponent (PC1)..... | 65 |
| Figur 5.14 Patty, korrelasjon mellom variablene i andre komponent (PC2)..... | 66 |
| Figur 5.15 Patty, korrelasjon mellom variablene i tredje komponent (PC3)..... | 67 |
| Figur 7.1 System for datainnsamling..... | 76 |
| Figur 7.2 Krypteringsprosessen..... | 77 |
| Figur 7.3 Antall pasienter i ulike grupper for ddd hos den enkelte lege | 79 |
| Figur 7.4 Døgndoser forskrevet av den enkelte lege..... | 80 |
| Figur 7.5 Relativ aldersfordeling 0-19, 20-49, 50-79, 80 og eldre hos de enkelte leger..... | 81 |
| Figur 7.6 Legene fordelt prosentvis etter forskrivningsmengde | 82 |
| Figur 7.7 Volumfordelingen av omsatte b-preparat | 82 |
| Figur 8.1 Distribusjonssystem for piller | 84 |
| Figur 8.2 Legebesøkstatistikk..... | 87 |

| | |
|---|-----|
| Figur 8.3 viser antall shoppere vs antall besøk fordelt med hvor mange som får dose innenfor hver sone grønn, gul, rød. | 87 |
| Figur 8.4 viser mengden i antall ddd vs antall besøk fordelt med hvor mange som får doser innenfor hver sone grønn, gul, rød..... | 88 |
| Figur 8.5 Shopperen som fikk mest, fordelt på leger | 89 |
| Figur 8.6 Shopperen som fikk mest, fordelt på apotekbesøk | 89 |
| Figur 8.7. Legebesøk atferd. Eksempel..... | 93 |
| Figur 8.8. Apotekbesøk atferd. Eksempel | 90 |
| Figur 8.9. Legebesøk atferd. Eksempel | 93 |
| Figur 8.10. Apotekbesøk atferd. Eksempel | 90 |
| Figur 8.11. Legebesøk atferd. Eksempel | 94 |
| Figur 8.12. Apotekbesøk atferd. Eksempel..... | 91 |
| Figur 9.1 Ulike driftsmodeller for illegale rusmidler | 95 |
| Figur 10.1 PC1 ladningsdiagram. Endring i aktivitet..... | 108 |
| Figur 10.2 PC2 ladningsplott. Kjønnrelatert endring i omsetning..... | 109 |
| Figur 10.3 PC3. Ektefelle/samboers delaktighet. | 110 |

TABELLER

| | |
|---|-----|
| Tabell 2-1 Oversikt over tallfesting og rangering av misbrukeres forhold til legemidler. | 14 |
| Tabell 3-1 Oversikt over apotek i undersøkelsen | 18 |
| Tabell 3-2 Antall personer i ulike aldersgrupper som fikk b-preparater i den undersøkte regionen, totalt og per 1000 innbyggere..... | 20 |
| Tabell 3-3 Pasienter etter type medikament mottatt i undersøkelsesperioden, sum av definerte døgndoser og gjennomsnitt ddd per person..... | 21 |
| Tabell 3-4 Kunder på apotek etter mengde mottatte døgndoser i undersøkelsesperioden. | 21 |
| Tabell 3-5 Pasienter etter antall leger besøk i undersøkelsesperioden*). | 25 |
| Tabell 3-6 Pasienter etter antall forskjellige apotek besøkt i perioden. | 25 |
| Tabell 3-7 Ekstremt forbruk. De 150 pasientene med høyest sum døgndoser i perioden totalt og i de ulike medikamentgruppene. | 26 |
| Tabell 3-8 Pasienter med 300 døgndoser eller mer i perioden etter antall leger besøkt, gjennomsnittlig antall ddd og antall ordinasjoner per lege. | 27 |
| Tabell 6-1 Antall piller per pasient per måned..... | 71 |
| Tabell 6-2 Antall pasienter som får b-preparater | 71 |
| Tabell 6-3 Mistanke om rus, salg av rus og trussel om vold..... | 74 |
| Tabell 7-1 Fargekoder for forbruk av døgndoser | 78 |
| Tabell 7-2 Andel pasienter etter mengde døgndoser..... | 78 |
| Tabell 9-1: Oppgitt utsalgspris på medikamenter fra apotek og på gata i NOK..... | 104 |
| Tabell 14-1 Oversikt over informanter..... | 1 |
| Tabell 14-2 Oversikt over informanters forhold til stoff og deres status i rusmiljøet..... | 2 |
| Tabell 14-3 Observasjoner | 3 |
| Tabell 14-4..... | 3 |

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 Rogalandforskning

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 sjefspsykolog/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, |
| Rogalandforskning | ved ass. direktør Martin Gjelsvik. |

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

I prosjektets oppstartsfasen 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 lægeförening 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 lægeförening, Norges apotekerförening, Sosial- og helsedepartementet, Norges forskningsråd, Sandnes kommune, Rusmiddeldirektoratet og Rogalandforskning.

Rogalandforskning har vært ansvarlig for gjennomføringen av prosjektet, mens Sandnes Sunn By har hatt koordineringsfunksjonen mellom fagmiljøene. Prosjektet 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 bidragsyttere 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 bidragsyttere hva gjelder datainnsamling, bearbeidinger og analyser. Til slutt vil vi takke alle deltakere i prosjektet legemidler på avveie. Det gjelder finansierer, 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 Definerte 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 Legemiddelhåndbok. Den kan være både høyere og lavere enn den definerte døgndosen, avhengig av alder, vekt, indikasjon for bruken mm.

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

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 skiller 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.

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.

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

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

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 Utsiktet 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 medikamentere (Bjørndal & Forsén, 1989) .

En studie fra Rogalandforskning 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 Rogalandforskning 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 indikasjonstilling. 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.

1.8 Rapportens oppbygning

Vi vil først gi en oversikt over hvordan folks bruk av b-preparater er. Videre vil vi presentere ruskarrierer slik de kom frem under intervjuene. Deretter vil vi trekke frem hvordan b-preparater brukes til rus og hvordan de omsettes. For så å vise hvordan rusinntak henger sammen med økonomisk involvering i svart og hvit økonomi og hvordan sosiale relasjoner henger sammen med rusinntak. I tillegg vil vi presentere hvordan ulike tiltak ble implementert som en følge av resultater fra kartleggingen. Rapporten avsluttes med en sammenfattende diskusjon og hovedkonklusjoner.

Hvor omfattende dette problemet er har vi fått kjennskap til gjennom apotekdata innhentet fra 12 apotek i strekningen Kristiansand til Stavanger. Bruksmønstrene har vi fått kjennskap til gjennom intervju og dagboksnotater ført av misbruker. Omsetningssystemene er blitt klarlagt ved intervju og også i noen grad deltakende observasjon. Alle metodene presenteres samlet i et eget kapittel. Resultatene presenteres deretter i flere påfølgende kapitler.

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. En oversikt over informantene er gitt i Vedlegg 1.

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 tilfeldig 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 (Vedlegg 2) 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 deltagende 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 dobbeltime. 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.

2.4.1 Kort om faktoranalyse

Faktoranalyse er en statistisk metode for å undersøke om 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. Opplysningene i dagbøkene er kodet (overført til tallverdier) og analysert ved hjelp av faktoranalysen. Analysen viser om finnes underliggende dimensjoner med hensyn til inntak av ulike medikamenter/andre rusmidler, næringsinntak, legebesøk osv.

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

I faktoranalysen finnes flere måter for å beregne de enkelte faktorer eller komponenter. I vår analyse bruker vi en metode kalt 'principal-component analysis', i det følgende forkortet til PCA. Betegnelsen 'prinsipal komponent' er synonym med betegnelsen 'faktor' eller bare 'komponent'. Prinsipal komponent analyse er den vanligste analysemetoden i faktoranalysen. Resultater av analysen blir framstilt i kapitlene 5 og 10.

Dagboksnotatene var i utgangspunktet vanskelige å tolke. Dette er bakgrunnen for at vi valgte å prøve faktoranalyse. Ved denne analysen finner en fram til mulige felles underliggende dimensjoner mellom de opprinnelige variablene innen et datasett. En vil kunne skille mellom betydningsfulle og tilfeldige data. En faktor eller komponent beskriver en andel av variasjonen i et datamaterial. Den første faktoren beskriver den forholdsvis største og ofte også viktigste andelen av variasjonen, men denne faktoren vil oftest ikke beskrive all variasjon i et datamaterial. Den resterende variasjon vil enten være systematisk eller usystematisk. Hvis den er systematisk, vil ytterligere minst en faktor kunne trekkes ut av materialet. En ny faktor trekkes ut av et datamaterial etter at informasjonen som er beskrevet ved den forrige er fjernet. Faktorene eller komponentene er derfor uavhengige av hverandre. En forsøker å trekke ut så mange faktorer at all informasjon i dataene er forklart ved hjelp av disse. Oftest vil en imidlertid sitte igjen med rest av usystematisk variasjon (datastøy) som ikke kan forklares ved faktorer. Analysen i denne rapporten bygger på dataprogrammet SIRIUS. I denne programpakken brukes betegnelsen PCA i stedet for faktoranalyse og PC (principal component) i stedet for faktor eller komponent.

Opplysningene i dagbøkene var dels presise (f eks 20 tabletter Stesolid), dels upresise (f eks noen blås hasj). Derfor er datagrunnlaget i utgangspunktet belagt med usystematiske feil. Denne formen for manglende systematikk påvirker bare i mindre grad dataanalysen, som tar for seg tendenser i form av korrelasjoner, og skiller ut den usystematiske delen som datastøy.

Overføring av dagboksdata til tallverdier er også en kilde til datastøy fordi hver tablett er gradert likt med verdien 1 uavhengig av type og styrke. I de tilfellene hvor forbruket ikke er spesifisert (for eksempel "Kaffe"), er det gitt en skjønsmessig verdi på 4. Frokost, lunch og middag er henholdsvis gitt verdiene 1, 2 og 3. Der småspising er angitt er det også satt skjønsmessige verdier for hver gang. Patty oppgir også alkoholforbruk. Her er "1 øl" eller "1 glass vin" gitt verdien 0,5.

Komponentene gjenspeiler inntak av ulike stoffer og næringsmidler over tid.

2.4.2 Faktoranalyse av biologisk og kulturøkonomisk avhengighet

Gjennom intervju ga rusmiddelmissbrukerne uttrykk for hvordan og hvorfor de bruker legemidler. De beskrev også sin rolle med hensyn til illegal omsetning. Vi har kartlagt hvordan både bruk og omsetningsrolle har utviklet seg over tid.

Vi har tallfestet informasjon om hvordan 31 informanter bruker og deltar i omsetning av legemidler. Selve bruken har vi benevnt 'Bio' og omsetningsforholdet har vi kalt 'Øko'. 'Bio' henspeler til biologisk (fysiologisk) respons eller avhengighet, mens 'Øko' henspeler til deltakelse i eller avhengighet av illegal rusøkonomi/-kultur. Tallfesting er vist i Tabell 2-1. Kategoriene under 'Bio' og 'Øko' er rangert.

Omfang av bruk er rangert øverst til venstre, mens økonomisk involvering er rangert øverst til høyre. Stolpen nederst til høyre viser differensiering med hensyn til informantens kjønn, ektefelle/samboer og slekt.

Tabell 2-1 Oversikt over tallfesting og rangering av misbrukeres forhold til legemidler.

| Variabel | Verdi | Variabel | Verdi |
|---------------------------------------|-------|---|-------|
| Bio (-Nå og -Før) ¹⁾ | | Øko (-Nå og -Før) ⁶⁾ | |
| Ikke Bruker (IB) ²⁾ | 0 | Ikke Deltaker (ID) ⁷⁾ | 0 |
| Bruker (B) ³⁾ | 1 | Usystematisk Deltaker (UD) ⁸⁾ | 1 |
| LegemiddelAvhengig (LA) ⁴⁾ | 2 | Motivert Deltaker (MD) ⁹⁾ | 3 |
| MultiBruker (MB) ⁵⁾ | 3 | Profesjonell Deltaker (PD) ¹⁰⁾ | 5 |
| Kjønn | | | |
| Kvinne | 1 | | |
| Mann | -1 | | |
| Ektefelle/Samboer | | | |
| Involvert ¹¹⁾ | 1 | | |
| Ikke involvert ¹²⁾ | -1 | | |
| Slekt | | | |
| Involvert | 1 | | |
| Ikke involvert | -1 | | |

Definisjoner

1) 'Bio (-Nå og -Før)' er et uttrykk for hvor biologisk avhengig en person var av legemidler. En person kan være 'Ikke bruker', 'Bruker', 'LegemiddelAvhengig' eller 'Multibruker'.

2) 'Ikke Bruker' er en person som ikke bruker b-preparater, eventuelt bare ved akutte skader som f eks et beinbrudd.

3) 'Bruker' er en person som bruker b-preparater etter legens forordning i minst 6 mnd.

4) 'LegemiddelAvhengig' betyr her å bruke legemidler som et hovedrusmiddel og slik at en har klare problemer med å avslutte bruken.

5) 'MultiBruker' bruker både legemidler og illegale stoffer til å ruse seg på.

6) 'Øko(-Nå og -Før)' er et uttrykk for hvor involvert en person var i den illegale omsetningen av legemidler.

7) 'Ikke Deltaker' er en person som ikke deltar i illegal omsetning av legemidler. Han/hun får evt. legmidler av lege.

8) 'Usystematisk Deltaker' er en person som kjøper, selger og/eller bytter legemidler illegalt, men dette skjer ikke regelmessig og nøye planlagt.

9) 'Motivert Deltaker' er en person som planlagt og systematisk kjøper, selger og/eller bytter legemidler illegalt.

10) 'Profesjonell Deltaker' er en person som handler illegalt med legemidler i stor skala, dvs. omsetningsaktiviteten er hovedbeskjeftigelse og for noen blir dette hovedinntekt.

11) 'Ikke involvert' betyr at ektefelle/samboer eller slekt ikke deltar i bruk eller illegal omsetning av stoff.

12) 'Involvert' betyr at ektefelle/samboer eller slekt deltar i bruk og/eller illegal omsetning av stoff.

I tillegg til variablene oppgitt i tabell 1, er det laget to nye variabler:

- $BioDiff = BioFør - BioNå$
- $ØkDiff = ØkoFør - ØkoNå$

Variablene BioDiff og ØkoDiff uttrykker hvordan henholdsvis forhold til bruk og omsetning har endret seg over tid. Hvis differansen har positiv verdi, betyr dette at informanten har redusert sitt inntak av legemidler eller at han/hun har redusert sin deltakelse i det illegale omsetningssystemet.

Kategorisering, rangering og digitalisering av dataene er forskernes produkt. Vår erfaring tilsier at denne omgjøringen er forsvarlig, og at den gjør det mulig å dokumentere sammenhenger mellom ulike variabler.

De tallgjorte dataene ble analysert med faktoranalyse, også kalt 'principal component analysis', forkortet PCA. PCA er beskrevet i forbindelse med databehandling av dagboksnotatene.

2.5 Apotekdata

Opplysninger fra apotekenes registre over forskrivninger ble brukt for å få best mulig tall for pasientenes forbuk 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-Rogalandsforskning 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 (se kapittel 7) er legens identitet kryptert reversibelt, etter avtale med hver enkelt. Den enkelte lege får en PIN-kode som kun vedkommende selv kjenner. Dette gjør oss i stand til å gi den enkelte lege en tilbakemelding over forskrivning sammenlignet med kollegenes praksis.

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.

I dette kapitlet blir resultater fra den første delstudier rapportert. Den andre delen samt de normative grensene for forskrivning tas opp kapittel 7.

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.

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.

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

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.

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 Legemiddelhåndbok.

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.

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 døgndoser 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 forskrivningen. 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.

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

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 |
| 101-300ddd | 7072 | 14 | 93 |
| 301-600ddd | 2607 | 5 | 98 |
| 601 ddd - og over | 930 | 2 | 100 |
| Totalt | 51330 | 100 | |

3.4 Forskrivningsmønster for de enkelte medikamentgrupper

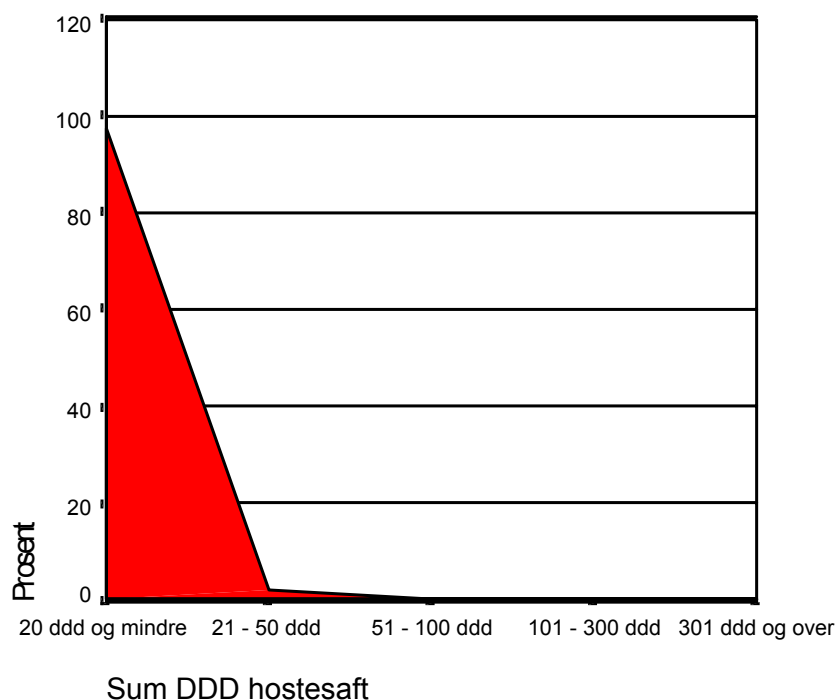
Dette avsnittet viser hvilke døgndoser pasientene mottar av hver enkelt medikamentgruppe (alle pasienter).

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.

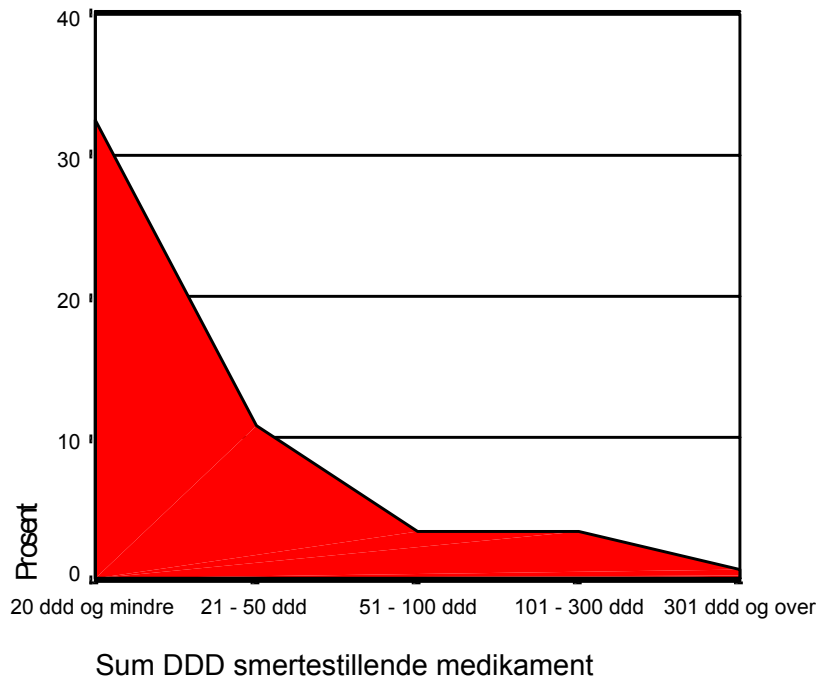
Hostedepende medikamenter har en bratt kurve som viser at mange får svært små døgndoser; nesten ingen får over 50 ddd, jf Figur 3.1.

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.

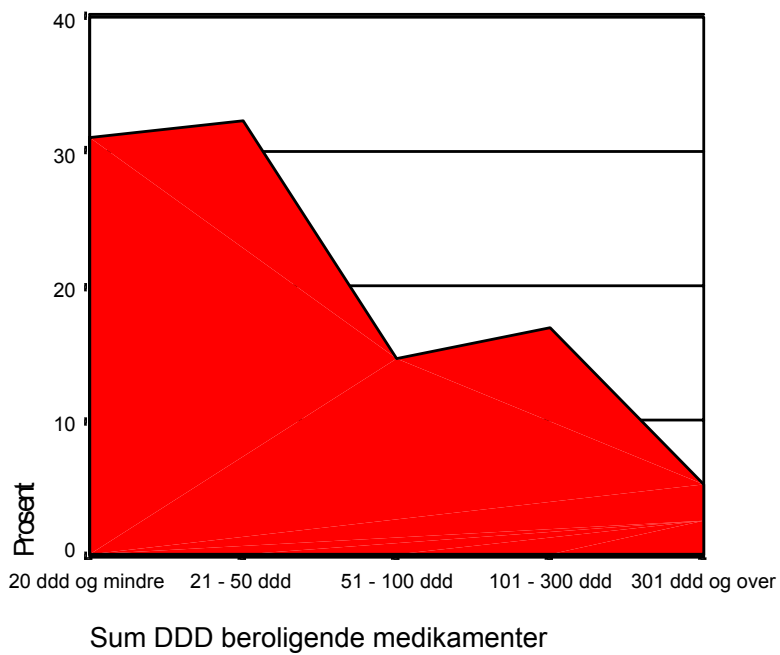
Forskriving av sovemidler har en helt annerledes fordeling, jf figur 3–4. Kurven er ganske symmetrisk og viser at når man først forskriver disse midlene, skjer det i store doser.



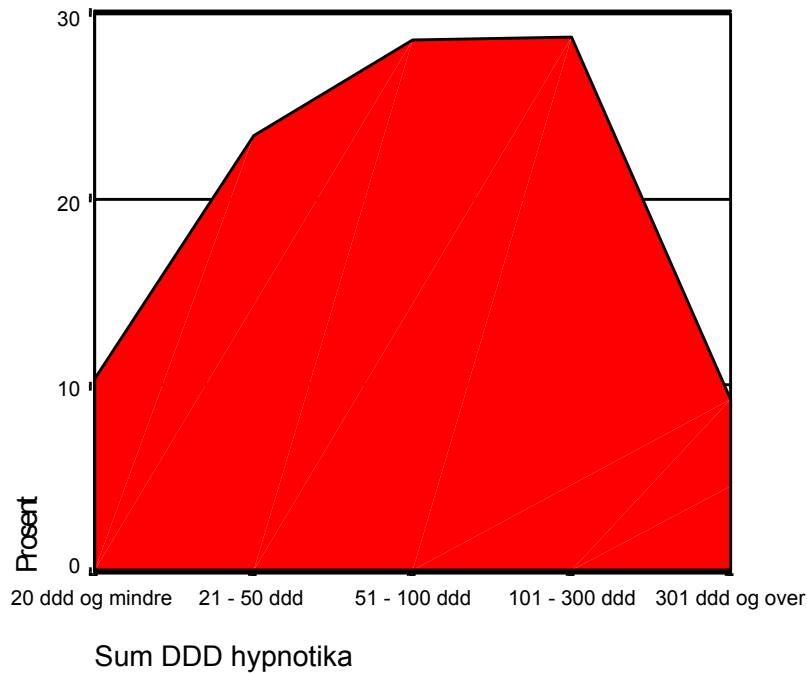
Figur 3.1 Hostedepende medikamenter



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 avhengighetskapende 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 |
| Gjennomsnitt 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 forskrivingsmønsteret 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 fargrensener 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 Livsløpshistorier

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

Hensikten med presentasjonen nedenfor er å gi et bilde av hvordan medikamentmisbruk kan oppstå, opprettholdes og i noen tilfeller avsluttes. Vi vil presentere ‘ruskarrierene’ til noen utvalgte kasus og deres håndtering av legemidler. Deres historier bidrar til å vise noe av mangfoldet med legemiddelavhengighet og misbruksproblematikken. Dette gjelder bl.a. hvordan og hvorfor man startet.

Selve bruksmønstrene blir mer detaljert beskrevet i kapittel 6.

4.1 Tommy, karrieremannen

Bakgrunn

Som barn var Tommy mye plaget av astma. Allerede som 2-åring ble han behandlet med morfinpreparater, noe han tror kan være en medvirkende årsak til hans seinere misbruk.

Han fullførte folkeskolen, selv om han hadde en del fravær. Etter dette begynte han å jobbe som læregutt i transportfirma. Etterhvert arbeidet han seg oppover i systemet og satt til slutt som daglig leder.

Mens han arbeidet her brukte han amfetamin som han kjøpte i tablettform i utlandet. Disse inntok han oralt. Han hadde også et betydelig alkoholforbruk. Han sier selv at han ikke begynte med amfetamin for rusens del, men fordi han følte seg frisk og merket da ikke noe til astmaen.

Han giftet seg i 1979, og fikk barn, hus og bil. I ca. 15 år levde han et dobbeltliv med en tilsynelatende vellykket karriere og familieliv, men med betydelig konsum av rusmidler i det skjulte. Han ruset seg på jobb og han ruset seg hjemme. I en periode hadde han to jobber. I løpet av en uke hendte det at han ikke sov mer enn 6 timer til sammen. Dette gikk greit så lenge han brukte amfetamin.

Etter ti år på denne måten tårnet det seg opp med problemer. Han mistet jobben da det ble oppdaget at han hadde begått underslag, og kona gikk fra han. Han sier selv at underslagene gjorde han for å tilfredsstille konas krav til høy standard i hjemmet, samtidig som også eget rusbruk etterhvert hadde blitt ganske pengekrevenne.

Piller og amfetamin

Tommy gikk inn i en lang sykemeldingsperiode. I to år, fra februar 1990 til mai 1992, hadde han et forbruk på ca. 50 Paralgin forte og 50 Stesolid om dagen. Pillene fikk han dels gjennom egen lege og dels gjennom å kjøpe piller av alkoholiserde kamerater. For noen pils og en kjøretur fikk han pillene deres. (Han hadde ennå sertifikat på dette tidspunktet).

Etter to års pillebruk begynte han med amfetamin igjen. Fra da av begynte han å injisere amfetamin daglig og han pusjet for å finansiere eget forbruk. Han brukte også andre rusmidler (piller, hasj, kokain og fleinsopp). Etter to år med storforbruk kom han i behandling i et rehabiliteringskollektiv.

Vi møtte Tommy etter han hadde kommet ut av rehabiliteringskollektivet. Tommy fortalte oss at han forsøkte å holde forbruket av piller nede på 10 stk.per dag. Han gikk til legen sin hver 14. dag som hver gang forskriver 50 Paralgin forte og 50 Stesolid. Dette holdt til forbruk i 5 dager. Noen ganger fikk han litt mer hvis han ringte og fikk tid mellom de vanlige konsultasjonene.

For å holde et forbruk på 10 piller daglig måtte han i tillegg til det han fikk fra legen kjøpe ca. 200 piller i måneden på gata. Disse koster mellom 10-20 kroner per tablett. Han brukte mesteparten av trygdepengene sine (kr 3665,-) per måned til piller og andre rusmidler. Mat fikk han hos slektninger.

4.2 Taurus, har alltid foretrukket piller

Bakgrunn

Taurus forteller at han er vokst opp i et hjem hvor det er blitt misbrukt alkohol. I tillegg har det også vært rimelig god tilgang på piller i hjemmet. Han prøvde piller første gang som tenåring sammen med noen kamerater. Kameratflokkens viktigste tilførselskilde av piller var å ta eller få dem av foreldrene. Det var de som hadde yrkesaktive foreldre med jobber som ga dem lett tilgang til vanedannende legemidler som fikk tak i flest piller. Sporadisk hendte det at de også *fikk* piller av foreldre, men for det meste forsynte de seg selv fra katastrofeskrin, medisinskap og eventuelt legekoffert. De tok sovemedisiner, opiumsdråper, angstdempende medisiner og morfinampuller. For de fleste i kameratflokken utviklet ikke dette seg til et rusproblem, men ble eksperimentering med rusmidler i en avgrenset fase av ungdomstiden. For Taurus ble dette starten på en lang ruskarriere.

Dokumentforfalsker, medisinmann og luksusprostituert

Taurus fikk jobb i industrien etter 9-årig skole. Han utviklet etterhvert gode ferdigheter innenfor data og fikk en utfordrende jobb i et internasjonalt selskap hvor han installerte tele- og datautstyr. Jobben medførte til tider mye overtidsarbeid og en god del stress. I dette jobbmiljøet var det ikke uvanlig at det i ulike sammenhenger både ble røykt hasj, tatt piller og brukt amfetamin. Faktisk var det noen av arbeidskameratene hans som solgte amfetamin på jobben. Taurus sin pille- og amfetaminbruk tiltok i disse årene. I en periode bidro disse stoffene (amfetamin og piller) til at han i jobbsammenheng følte seg mer på høyden og ble mer og mer dristig. For å tøffe seg blant arbeidskameratene 'knekte' han passordet til administrerende direktør. Dette, sammen med annet, bidro til at han til slutt mistet jobben. Rusingen fortsatte ytterligere.

Etter dette spesialiserte Taurus seg på svindel og dokumentforfalskning. Han var en etterspurt falskner som spesialiserte seg på rekvisisjoner og faktura blant mer useriøse 'firma' i bygg- og håndtverksbransjen. Eksempelvis lurte han en veletablert byggforhandler for flere hundre kvadratmeter parkett. Dette ble aldri oppdaget. Det firmaet som hadde bestilt parketten eksisterte ikke. Videre bestilte han inn varer i falske navn fra forskjellige postordrefirma, og ordnet seg og andre med falske kredittkort.

Også i rusmiljøet hadde Taurus en høy stjerne. Her fungerte han nærmest som en 'medisinmann' gjennom sine inngående kunnskaper om medisiner og kombinasjoner av medisiner som ga rus. Om det uttalte han følgende: "Jeg er spesialist på interaksjoner og kan Felleskatalogen ut og inn, det er nyttig...". I tillegg drev Taurus med reseptforfalskninger. Han skrev ut falske resepter på stjalne reseptblokker eller kopierte opp utskrevne resepter på fargekopimaskin. Når han skrev ut resepter brukte han nåleprinter, falske stempler og fordreide selv underskrifter. For disse tjenestene fikk Taurus et avtalt utbytte.

Taurus fortalte også om noen år som 'luksusprostituert', hvor han fikk piller av damer som hygget seg med han. I disse hektiske årene formidlet han også piller, dvs. han ordnet med leveranser og forsynte seg av lasset. Han brukte på det meste 1 gram amfetamin kombinert med 30 piller (Sobril, Valium, Apodorm, Paralgin forte) i løpet av et døgn.

Kontraktspasient

Taurus sitt liv endret seg radikalt gjennom et kvinnelig bekjentskap. Denne kvinnen, som var tidligere pillemisbruker og hadde en lang yrkeskarriere innenfor helsevesenet, overtalte Taurus til å ta kontakt med lege og fortelle om sitt misbruksproblem. Dette rådet fulgte han. For første gang i sitt 32-årige liv gikk Taurus til lege og ba om piller. Frem til da hadde han skaffet seg alle piller på uærlig vis. Taurus ble kontraktspasient. Den første legen Taurus gikk til sa følgende: "Jeg stiller to betingelser; at du er edru når du kommer og at du har penger nok til å gjøre opp for deg". Utover det å gi Taurus resepter på vanedannende legemidler skjedde det lite. Han undersøkte aldri Taurus og hadde aldri samtaler med han. Av denne legen var det mer og mindre tilfeldig hva han fikk. Utbyttet var avhengig av legens humør og hvor 'flink' Taurus var til å legge frem sine plager.

Igjen var det en kvinne som bidro til endringer i Taurus sitt liv. Taurus fikk en ny samboer som ikke brukte rusmidler, som heller aldri hadde vært involvert i rusmiljøet, samtidig som hun bestemt tok avstand fra rusmiljøet. Først ble hun sjokkert over hvordan Taurus ble behandlet av legen sin. Hun snakket med sin egen lege, som sa seg villig til å overta Taurus som pasient. Han satte Taurus på en 'kvote' på 200 Paralgin forte, 200 Stesolid og 40 Flunipan i måneden. Avtalen med legen var at forbruket skulle trappes ned. Han gikk til legen hver 14. dag, hvor det ble avsatt 45 minutter til han. Her fikk han grundig medisinsk oppfølging med regelmessige samtaler om sitt rusproblem. Til tross for at Taurus fikk relativt mye medisiner hos den nye legen, viste det seg at dette ikke var tilstrekkelig likevel. De siste dagene før legebesøk kjøpte han ofte medisin og/eller amfetamin av gamle kjente. I dagene før legebesøk ble han rastløs, engstelig og oppfarende. På dette tidspunktet sa Taurus at han prøvte å begrense innkjøpene, og at han aller helst ønsket å komme ut av misbruket, få seg jobb igjen og en skikkelig plass å bo.

Nedtrapping

Etter et år varslet legen (våren 1996) om nedtrapping, dvs. at Taurus fikk beskjed om at medisinmengden ville halveres innen et år. Taurus ble først 'desperat', forlot samboeren og oppsøkte sine gamle kjente. Av dem fikk han stoff mot at han utførte noen datatekniske tjenester igjen. Taurus vendte imidlertid tilbake til samboeren etter noen uker på 'kjøret'. De var på denne tiden leietakere i et kommunalt hus hvor det også bodde andre rusmisbrukere. Denne bosituasjonen gjorde det enkelt for Taurus å opprettholde misbruket. Samboeren ble mer og mer fortvilet. Hun kontaktet kommunen og ba om at de måtte få en annen plass å bo.

I løpet av høsten 1996 endret situasjonen seg igjen. Taurus fikk skoleplass innenfor feltet data og elektronikk. Det hadde lenge vært hans ønske. Taurus hadde gjennom attføringstiltak fått anledning til å gå på skole i to til fire år. Ikke lenge etter skaffet kommunen dem en ny leilighet. Endringen i bosituasjonen fungerte også positivt, først og fremst fordi at den fysiske avstanden til rusmiljøet øket. Taurus gikk virkelig inn for skolearbeidet, og hadde nesten ikke fravær.

Metadon?

Taurus har i dag (høst 1997) fullført et år på skolebenken med gode karakterer. Han trives med skolen, og ser frem til at han snart skal ut i praksis i bedrifter. Fortsatt er Taurus avhengig av pillene, men mengden er nesten halvert. I dag får han 100 Paralgin, 100 Stesolid, 40 Flunipan. Imidlertid opplever Taurus det meget anstrengende å leve med så 'lite' piller. Han klarer det ikke heller. Legen har søkt om å få Taurus med på Metadon-prosjektet. I dag supplerer Taurus sitt rusinntak med amfetamin og øl i stedet for piller. Dette begrunnes med at det er lite piller i omløp, og at de er dyre. Han sier at det er langt lettere og langt billigere å skaffe seg narkotiske midler. Mest av alt ønsker Taurus å komme med på Metadon-prosjektet og få sitt rusbehov utelukkende dekket med legemidler. Da mener han at han kan konsentrere seg for fullt om skolen. Søknaden om Metadon for Taurus ble avslått.

4.3 Patty, dobbeltarbeidende småbarnsmor

Bakgrunn

Patty kommer fra en pen og rik familie. Søsknene hennes har høyere utdanning og sitter i dag i ledende stillinger. Patty har fullført gymnas og noen sekretærkurs, men er i dag sosialklient.

Patty flørtet med stoff i gymnastiden. Etter gymnaset var hun 'hippie' i noen år, og prøvde hasj og amfetamin. Hun bodde en tid i et kollektiv, og gikk på loffen i noen år. Som 25-åring slo hun seg til i Stavanger hvor hun etablerer seg med mann, jobb og barn i et penere strøk. Dette var i starten av Stavangers oljeeventyr. Mannen hadde mye reisevirksomhet i forbindelse med jobben, og Patty fikk så og si all belastningen på hjemmefronten. Hun var dobbeltarbeidende småbarnsmor. Patty opplevde disse årene som forferdelig slitsomme med nattevåk og mye overtid.

Veien inn

Hennes pillekarriere startet hos bedriftslegen. Av sine kolleger hadde hun blitt anbefalt å ta 1-2 valium når hun klaget over livssituasjonen sin. Patty hadde aldri tatt piller før. Som gammel hippie hadde hun også 'lite sans' for piller. Piller var noe hun assosierte med nervøse og 'teite' husmødre. Men i det utenlandske serviceselskapet hun jobbet (1978-83) var det 'alminnelig' å ta piller når stresset ble for høyt. Patty oppsøkte bedriftslegen, fortalte om søvnløsheten, stresset og angsten. Hun fikk Valium. Ifølge Patty var dette 'aldeles herlig'. Hun fikk søvnen igjen, og sov i mange timer. Etterhvert tok hun ikke bare tabletter om kvelden for å sove, men også midt på dagen for å få 'roen tilbake'. Til slutt brukte hun tabletter for alt, for å sove, for å våkne, for å spise, for å gå på jobb, for å elske osv.

Fortsettelsen

Parallelt med et opptrappende pillebruk røykte hun hasj og tok seg 'et skudd' amfetamin av og til. For å få amfetamin måtte hun oppsøke gamle kontakter i narkotikamiljøet, noe som gjorde henne enda mer engstelig. Hun var redd for at noen skulle se stikkmerkene, at barnevernet skulle komme, at 'klinkekuleøynene' skulle avsløre henne, at hun ble for slentrende og omtrentlig på jobben. Hun vasket leiligheten langt oftere enn før, passet på å aldri skofte jobben, holdt ungene reine og pene, var nøye med eget utseende og brukte flittig sminke og dekkstift. Men det sprakk til slutt.

Hun finansierte sitt stadig økende forbruk med å selge og formidle stoff. Som gammel 'freaks' hadde hun kontakter, og hun sier at: "butikken begynte å rulle av seg selv". En dag ble mannen hennes tatt med noen gram hasj. Sosialkontoret ble koblet inn, og det ble avlagt hjemmebesøk. Dette gjorde Patty enda mer nervøs. Hun var redd for at det skulle vises på henne at hun stadig var ruset, og at ungene skulle bli tatt fra henne. Like etter denne episoden ble de skilt. Patty holdt fasaden, og trodde at hun hadde kontroll, men det 'tippet over'. Hun ble tatt for å ha solgt amfetamin. Barna ble tatt fra henne, og hun måtte sone en lengre straff. I over 12 år hadde Patty klart å skjule sitt misbruk.

Utenom amfetaminsalget hadde hun også vært en sentral *formidler* av piller i rusmiljøet. Hun nektet å kalle seg for pilleseiger eller pilleleverandør, for det har hun aldri vært. Hun presiserte at hun bare har formidlet piller videre. Fortjenesten hun fikk for denne tjenesten var noen piller som gikk til å dekke eget forbruk. Imidlertid var forbruket økende, og hun brukte en stadig økende mengde Stesolid, Rohypnol, Mogadon, Sobril og Valium. Patty har aldri likt Paralgin forte, Pinex forte eller hostesaft. Det hun fikk tak i av den sorten ble brukt som byttmiddel mot angstdempende- og sovemedisiner.

Ensom på hospits

Når vi møtte Patty bodde hun på hospits. Sitt økonomiske og sosiale knutepunkt hadde hun i rusmiljøet og blant beboerne der. Hun sa at hun ønsket å bryte med miljøet : “fordi ingen her er skikkelige venner”. Imidlertid tvilte hun på at hun ville klare det uten å få tilstrekkelig med piller fra legen sin. Hun var trist og prøvde heller ikke å legge skjul på det. Hun snakket om barna, faren og søsknene sine. Hun hadde jo noen gode minner også. Videre lurte hun på hva faren og søsknene tenkte om henne? Søsknene satt med gode jobber, enebolig og hadde orden på livet sitt, mens hun hadde mislykkes på alle fronter. “Hva gikk galt?” spurte hun seg selv om mange ganger. Patty fortalte at faren skulle kjøpe hund til henne, og viste frem et bilde av en liten langhåret rasehund til 5000 kroner. Hun skulle få den om noen uker. Det gledet hun seg til.

I den perioden hun bodde på hospiset ruset Patty seg daglig. Hun brukte amfetamin, piller, hasj og alkohol. Noe av medisinen, bl.a. Paralgin forte som hun fikk for påståtte magesmerter etter en operasjon for halvannet år siden, byttet hun med en kamerat. Av han fikk hun Stesolid igjen.

I egen leilighet

Når vi tok kontakt med Patty noen måneder senere hadde hun flyttet inn i en ny toromsleilighet i et nytt rekkehuskompleks. Faren hadde kjøpt leilighet til henne. Her bodde hun sammen med hunden sin. Leiligheten var pent møblert med en ny mørkeblå hjørnesofa, åttekantet salongbord og et stort TV-apparat i den nye reolen. Det var pyntet med grønne planter, tørkede blomster og stearinlys i messingstaker. Den dagen vi var på besøk hadde hun og kameraten hun bytter piller med hatt middag sammen. De hadde spist lettsaltet torsk, nykokte poteter og gulrøtter og lå og dormet seg på sofaen da vi kom. Etter som vi forsto gikk dagene stort sett med til å se TV. Det var mange kanaler å velge mellom. Patty holdt fortsatt kontakt med sine gamle venner fra rusmiljøet, men sa at denne aktiviteten hadde avtatt etter at hun flyttet ut av byen. Hun byttet fortsatt til seg og kjøpte så mye piller hun hadde råd til. Det meste av hennes uføretrygd gikk med til dette. Hun sa at hun hadde brutt tvert med miljøet dersom hun hadde fått nok piller. “Det er galt og urettferdig at folk som er avhengig av piller ikke kan få det de trenger”, syntes hun. Patty mente selv at hun hadde hatt et roligere og bedre liv med nok piller. Nå måtte hun hele tiden stresse og ordne, selge, bytte og kjøpe piller for å orke å leve.

4.4 Kåre, bonde med byfrue

Bakgrunn

Kåre er i 50-årene. Han var odelsgutt på en forholdsvis stor gård, og hadde en 'knallhard' far og en mor som ikke 'brydde seg'. Kåre overtok gården da han var i begynnelsen av 20-årene. Omtrent samtidig giftet han seg med en 'bydame'. De fikk to barn sammen. 'Bydamen' tilpasset seg aldri bondetilværelsen, og ville at Kåre skulle selge gården. "Jeg kunne ikke selge. Jeg var odelsgutt, og følte meg forpliktet til å drive gården", fortalte Kåre. Konen reiste på stadige 'sydenturer' uten mann og barn. I tillegg til sydenturene måtte hele familien reise på sommerferie. "Det er viktig for ungene", mente konen. Kåre fikk magekatarr med tanke på alt som var å gjøre hjemme, men som han ikke fikk gjort fordi han måtte på ferie. I tillegg var han bekymret for økonomien. Spesielt var konens 'sydenturer' dyre.

Veien inn

Etter mange års ekteskap skilte de seg. På denne tiden fikk han ryggsmertner. Legen forskrev 200 Paralgin forte og 100 Somadril per måned. Kåre beskrev dette som en 'god kombinasjon'. Han brukte legemidlene utelukkende til å bli kvitt ryggsmertene, og ikke som rusmiddel. "Jeg har personlig ikke brukt piller som rusmiddel", sa han.

Etter skilsmissen begynte Kåre å gå på dans, og traff her en gift kvinne på sin egen alder. De hadde et 'bra' forhold som varte ca. ett år. Etter bruddet følte Kåre seg ribbet. Han beskrev sin status slik: "Ekteskapet røk, forholdet til den nye kvinnen røk, økonomien røk og helsa mi røk, alt mer eller mindre samtidig." Resultatet ble at han 'rotet seg opp i kvinnfolk'. Det dreide seg her spesielt om to kvinnelige stoffmisbrukere som også prostituerte seg. Han fortalte: "Jeg traff dem på gaten. En var i 20-årene og den andre i 30-årene. De brukte piller og stoff. De maste om at jeg skulle skaffe dem piller, og 'gav meg hint' om hvordan jeg skulle få tak i pillene. Jeg skaffet piller, og brukte disse til å betale for sex."

Av sin faste lege fikk Kåre 200 Paralgin forte og 100 Somadril. Disse brukte han til å lindre sine ryggplager. Han gikk til flere andre (minst 2) leger for å skaffe piller til 'damene'. Kåre hadde vært sporadisk innom disse legene på sine yngre dager. "Jeg hadde peiling på hvilke leger som var slepphendte. Det var heller lett å få tak i piller. Klaging og syting per telefon var ofte nok. Kom og hent resepten, sa legen. På denne måten fikk jeg uten problemer ut 50 Paralgin forte, 30 Valium og 60 Rohypnol i slengen. Den ene legen skrev ut så mye jeg ville. Han har rykte på seg for å være meget slepphendt", fortalte Kåre.

Kvinnene fikk piller av andre enn Kåre. De gikk til en 'grossist' som hadde hele syltetøyglass med f eks Paralgin forte.

På det verste

De Kåre kjente brukte 'alt de fikk tak i'. Han fortalte: "De visste nok hvilke kombinasjoner som var best, men de var så hekta at de tok alt. Det var et evig kjøer etter piller." Kåre fortalte videre at det var vanlig å bruke flere typer piller mer eller mindre samtidig. Et unntak var Rohypnol som 'virket godt alene'.

Kåre holdt på med å skaffe piller for å få sex i ca. et halvt år. Han 'prøvde' selv amfetamin som han fikk av de prostituerte kvinnene. Han brukte amfetamin over en periode på 3 måneder, men ikke hver dag. Han sa det sånn: "Jeg prøvde amfetamin pga. spenningen. Amfetamin hadde ikke spesielt god effekt. Jeg ble sløv av det, og fikk skallebank etterpå." Ifølge Kåre var en amfetamindose lik ca. 150 mg.

Sex, legemidler og amfetamin ble utvekslet enten hjemme hos Kåre eller hos de prostituerte kvinnene.

En gang forsøkte Kåre og en annen mann å få ut Temgesic på falsk resept. Resepten var 'rappet' fra en reseptblokk på legekantoret. Apoteket oppdaget forsøket fordi reseptnummeret var for lavt. Kåre og 'vennen' kom seg unna før politiet kom.

Veien ut

Kåre ble tatt av politiet, og har ikke lenger kontakt med de kvinnelige rusmiddelmissbrukerne og rusmiljøet. Han merket ingen abstinens med hensyn til å kutte ut amfetaminen. På det tidspunkt intervjuet ble foretatt brukte han fortsatt legemidler mot ryggsmertor. Kåre opplever det slik at han egentlig aldri har vært 'skikkelig' i missbrukermiljøet. Det begrenset seg i stor grad til de to kvinnelige missbrukerne.

Kåre sier avslutningsvis: "Jeg ser ikke på meg selv som et menneske, men jeg var så langt nede. Jeg ser heller ikke nå optimistisk på livet mitt, men jeg har tross alt overlevd en hard periode. Det å være uføretrygdet er egentlig det verste *stoffet* som fins. Jeg har lyst til å jobbe".

4.5 Magnar, idrettsmannen

Bakgrunn

Magnar er mellom 30 og 40 år gammel, og er eldst av 6 søsken. Magnar hadde en 'vanlig' oppvekst i et bydelmiljø. Hverken foreldre eller søsken har vært, eller er, rusmiddelmissbrukere. Magnar spiller håndball og verdsetter dette høyt. Han jobber i reklamebransjen.

Fra pasient til 'småkriminell'

Magnar drikker ikke, røyker ikke ("har aldri gjort det") og var ca. 30 år første gang han prøvde piller. På grunn av skader han pådro seg under håndballspillingen fikk han resept på Paralgin forte av legen. Han inntok i utgangspunktet pillene etter legens forordning, og syntes at de virket godt: "Smertene forsvant, jeg kunne spille selv om jeg var skadet. Jeg sov bedre". Dette var Magnars førstegangserfaring med Paralgin forte. Han oppdaget også ganske snart at han kunne ha en aggressiv spillestil og var mindre redd for å gå inn i nærkamp. Han ble mer 'påtent'.

Kort tid etter at Magnar begynte å bruke Paralgin forte mot idrettsskader, ble det klart at han led av en kronisk sykdom i skjelettet. Han begynte da å øke dosene med Paralgin forte, og tok også betennelsesdempende medisin. I tillegg fikk/tok han Rohypnol av sin bestemor. Bestemoren hadde 'rikelige' mengder stående hjemme. Magnar mente at hun nærmest automatisk fikk dem av legen uten at hun hadde behov for dem.

De første 1-2 årene av sin misbrukskarriere tok Magnar 100 Paralgin forte/måned. Ved å ta 2 Paralgin forte på én gang kunne han spille aggressiv håndball uten å kjenne smerter. På denne tiden begynte han også å sniffe kokain som han fikk av plattformarbeidere. Det var en 'lek' de første gangene.

Etter et par år økte Magnar engangsdosene med Paralgin forte. Han tok 4-5 tabletter i slengen, og 'ble høy' av dette. Magnar fortalte følgende: "Vanen med Paralgin forte gjør at en oppnår en spesiell *speed-følelse*. Kaffe og sukker forhøyer denne virkningen". Også i denne perioden fikk Magnar 'bare' 100 Paralgin forte/måned av legen sin. Disse 'spiste' han opp i løpet av 4-5 dager. Deretter hadde han 'en pause' på ca. 3 uker frem til neste reseptutlevering. Magnar fikk vanligvis reseptene per telefon; han møtte opp på legekantoret ca. 2 ganger i året. Magnar opplevde i liten grad de periodevise abstinenssymptomene som problematiske. "Bare ekstra svetting som gikk over i løpet av 2-3 dager", fortalte han.

Etter ca. ett år med dette periodiske, regelmessige bruksmønsteret (én uke på og tre uker av), økte Magnar sitt forbruk av både legemidler og andre stoffer. Det ble alvor. Han begynte å bruke flere typer legemidler. Han 'speedet' på Rohypnol eller på amfetamin. Han brukte etterhvert også mye heroin. (Vi vil i kapittel 6 om bruksmønstre - gi en oversikt over de stoffene Magnar prøvde/brukte i 'høy-forbruks'-perioden som varte i ca. ett år.)

Magnar fikk fortsatt 100 Paralgin forte/mnd. av legen sin i den perioden han brukte mye stoff, og han fortalte: "Legen sa at jeg måtte ta det med ro." Magnar fikk ingen anbefaling om å gå til psykolog. Men som han selv sier det: "Jeg har ikke behov for å gå til psykolog".

Tilgang og omsetning

Magnar brukte både piller og flere typer illegale rusmidler. Han fikk Dolcontin-tabletter (60 mg) av to personer som lider av kroniske sykdommer. Han byttet til seg pillene eller gjorde motytelser for å få dem. Eksempler på byttemidler/motytelser var sigaretter eller hjelp med husarbeid (støvsuging, handling osv.). Om sin tilgang til andre rusmidler fortalte han følgende:

“Jeg får amfetamin og kokain direkte fra f eks USA via slektninger og venner som reiser dit. I tillegg kjenner jeg selv folk i USA. Jeg gjør det på denne måten for å være sikker på at jeg får stoff av god kvalitet. På det lokale markedet risikerer en å få dårlig kvalitet på varene. Stoff, i små mengder, sendes greit per brev. Jeg får brevene i mitt eget navn, og ser risikoen for å bli tatt som liten.”

Heroin fikk han fra kontakter i Norge: “Jeg får/kjøper heroin i Oslo av folk jeg kjenner. Dette skjer ved at jeg ber mine bekjente kjøpe heroin til meg. De har stort sett mye penger, og betaler sine kontakter for min heroin. Hvis de av en eller annen grunn vil at jeg skal betale dem for stoffet, gjør jeg det. Det hele skjer stille og rolig, og under kontrollerte former. Egentlig verken kjøper eller selger jeg stoff. Penger utveksles ikke. Det er snakk om å hjelpe en venn. Det er snakk om byttehandel.”

Nåsituasjonen: Den kontrollerte bruker...

Etter ca. ett år med høyt forbruk av ulike rusmidler, bestemte Magnar seg for å trappe ned. “Jeg fortalte meg selv mange ganger hvor unødvendig situasjonen var: Jeg er ressurssterk, jeg er ressurssterk, jeg er ikke noe offer, jeg er ikke noe offer osv. Jeg hadde abstinens, men det var ikke så ille som enkelte vil ha det til. Ikke kramper. Jeg har alltid trent, alltid spist. Dette til tross for at jeg tok høye doser.

Jeg bruker ikke Paralgin forte nå. Kan få Paralgin forte av legen hvis jeg vil, men jeg vil ikke ha resepten”, fortalte Magnar. Samtidig sa han at han hadde tatt 2 Paralgin forte før han møtte opp til intervjuet (3 Paralgin forte da vi spurte ham om den samme hendelsen 5 dager senere). Han forklarte: "Fikk disse pillene av en arbeidskamerat".

Magnar bruker fortsatt stoff som heroin og morfin i form av Dolcontin, men har nå ‘kontroll over bruken’. Han forteller: "Jeg har ingen ønsker om å slutte med stoff. Det er ikke til plage for noen. Jeg kan være borte fra stoff i 3-4 måneder, for så å bruke stoff i én uke i strekk. Dette lar seg forene med det å gå på jobb." Magnars strategi er at han sørger for å gjøre et meget positivt inntrykk på ‘de på jobben’ i stoffrie perioder, slik at han kan være borte noen dager hvis nødvendig under rusingsperioden. Med andre ord: Han opparbeider en fraværskonto i rusfrie perioder.

Magnar sammenligner sin nåværende stoffbruk med det å ta seg et par glass med rødvin. Den eneste forskjellen for Magnar er at stoff er illegalt mens rødvin er legalt. “Jeg er en bruker som har kontroll. Jeg tar stoff for å slappe av og for å få en behagelig rus. Jeg har hørt at heroinmisbrukere blir følelsesmessig flate; de gidder ikke engang å ha sex. Dette stemmer ikke for meg”, mener han.

Vi vil avslutte Magnars historie med hans kommentarer angående en nylig fest hvor han brukte heroin: "Vi tok et *reiv*, lyttet til musikk og diskuterte litteratur. Jeg er sosialpolitisk interessert. Strindberg er min yndlingsforfatter. Både Strindberg og jeg er marxister. Når jeg skal fordype meg i litteratur, leser jeg alltid først biografiene om forfatterne. Jeg har også lest Hamsun, men jeg synes han er for virkelighetsfjern."

4.6 Tore, narkoman

Bakgrunn

Tore er i 30-årene. Han vokste opp i et bydelsmiljø, og er eldst av 5 søsken.

Han fortalte at i hans familie er det bare faren som ikke bruker piller og narkotika. Faren drikker imidlertid alkohol, i stor grad hjemmebrent. Han brenner selv, 10-20 liter i uka.

“Farmor var skapdranker. Farmor og far drakk etterhvert sammen. Jeg tror farmor begynte å drikke da hun så hvordan det gikk med alle ungene hennes. Farfar var avholds og streng”, fortalte han videre.

Faren hadde alkoholproblemer med to faste ‘drikkedager’ i uka. Dette var ikke noe skremmende for familien; han ble aldri voldelig mot barna eller mot moren. Foreldrene ble skilt da Tore var rundt 12 år gammel.

Veien inn

Det hele startet da moren og faren ble skilt. Faren flyttet ut, og barna ble boende hos moren. Moren var mer ‘lempelig’ enn faren. De fikk lov til mye mer enn før. Hun likte ikke at de drakk, men syntes at hasj var nokså greit. Dette skyldtes nok at de ikke ble aggressive og ville av hasj, noe som er vanlig ved drikking. Tore forsøkte hasj for første gang da han satt barnevakt hos naboen; han var da vel 12 år gammel. Hasjen fikk han av naboen som kom hjem for å ha ‘nachspiel’. Han fortalte: "Det føltes fint - en ubeskrivelig følelse. Før dette hadde jeg aldri smakt så mye som en sigarett!" Etter den første erfaringen med hasj ble Tore og noen av kameratene hans en del av den gjengen som hadde vært hos naboen. Han beskriver dem som "en tøff og hard gjeng".

Det fortsatte med hasj-røyking, som igjen førte til hærverk og innbrudd. Innbruddene ble gjort for å få penger til stoff. Tore brukte også ukepengene sine til å kjøpe hasj.

Tore var ca. 14 år første gang han fikk tak i piller. Pillene kom fra skapet hjemme og var av typen Halzion. De tilhørte morens samboer. Tore vet ikke helt hvorfor han begynte: "Det er bare slik. Når du har holdt på med noe en stund, så er ikke dette nok, du vil/må ha mer. Jeg begynte å kombinere hasj og piller da jeg var 14-15 år. Kombinasjonen hadde en ubeskrivelig virkning. Jeg ble rolig og samtidig fjern."

Morens samboer oppdaget at Tore stjal pillene hans, og forlangte at hvis Tore skulle ha flere piller måtte han kjøpe dem av ham. Dette gikk Tore med på, og pillene ble brukt av ham selv og kameratene. Tore fikk også av og til piller av sin mor. Hennes hensikt var å ‘roe ned’ sønnen når han var på det verste. Hun brukte ikke selv b-preparater, men fikk legen til å skrive ut resept.

Tilværelsen = rus

Tore og gjengen var opptatt av å vite hvordan de ulike pilletypene virket, og etter en stund i dette miljøet var de vel orientert i Felleskatalogen. Tore endte opp med å misbruke flere b-preparater, A-preparater og illegale rusmidler.

Tore både brukte og solgte stoff i stor målestokk. Han var kontinuerlig påvirket av stoff. Han var sentral i salg av heroin, hasj, amfetamin og ulike typer piller.

Tore har gått til samme lege i ca. 10 år, og har fått følgende kombinasjonsresept per måned: 100-200 Paralgin forte (240 i en periode med særskilte smerteproblemer) + 100 Valium 85 mg) + 30 Rohypnol. Da legen oppdaget at Tore brukte stoff, stoppet han forskrivningen for en periode. Han nektet å gi ham mer piller før han oppsøkte PUT. Tore ble fengslet kort tid etter at legen oppdaget hans rusmiddelproblem.

En historie om en lege som ikke var innstilt på å hjelpe

Da Tore var i tenårene oppsøkte han en lege for å få hjelp med hensyn til rusmiddelproblemene sine. Om denne historien fortalte han følgende: "Jeg gikk mest for å snakke. Legen var merkelig. Jeg fikk en kombinasjonsresept i hånda med kommentar om ikke å komme igjen mer. Han sa noe om at det var å ødelegge livet mitt. Jeg gikk ikke igjen. Flesteparten av de jeg kjenner går til denne legen. Han er kjent for å gi piller lett. Jeg forstår ikke hvorfor han var såpass motvillig når det gjaldt meg. Kanskje det var fordi jeg var såpass ung...."

Veien ut

Tore satt i fengsel i over ett år. Han mener at fengselsperioden helt klart ble redningen for ham: "jeg tror jeg hadde strøket med hvis jeg ikke hadde blitt tatt; jeg veide da bare 50 kg."

Tore oppgav også sine nære familierelasjoner som et viktig bidrag til at han sluttet med rusmiddelmisbruket. Han fikk angstproblemer da han slapp ut av fengslet, og tok kontakt med PUT og sin faste lege. Tore opplevde legen som "den beste hjelp jeg kan få. De 15 minuttene som er bestilt ender alltid opp med 1 time. Han har alltid god tid til meg."

Tore fortalte at han nå vanligvis bruker 100 Paralgin forte, 100 Valium og 30 Rohypnol per måned (totalt 230 piller per måned). En periode fikk han 240 i stedet for 100 Paralgin forte per måned på grunn av en skade.

Tore begynte på yrkesutdanning samtidig som han jobbet mye på si. Tores strategi var å 'trøtte seg ut' slik at han ikke skulle bli så rastløs. Uttrøttingen skjedde altså ved skolegang og jobbing. Han poengterte at han liker å jobbe. Hans mål var å opprette sitt eget firma.

Vi vet nå at Tore har hatt flere tilbakefall i løpet av det siste året. Han har brukt heroin i perioder, men hadde igjen kommet seg ut av dette da vi sist snakket med ham. Legemidlene spilte fortsatt en viktig rolle for Tore. De gjorde at han kunne holde seg borte fra illegale rusmidler og miljøet rundt disse, men han får nå kun 3 tabletter Sobril 25mg/døgn. På dette klarer han å gå på skole. Han er optimist og tror at han skal klare seg nå.

4.7 Bente, student og legemiddelavhengig

Veien inn

Bente kommer fra en 'ressurssterk' familie. Som 17 åring tok hun kontakt med en psykiater i sin hjemby. Dette skyldtes, i følge henne selv, alminnelig angstproblemer. Hun var på kontoret til psykiateren i 10-15 minutter og fikk ordinert tabletter. Hun husker ikke hva det var, men hun forteller at hun ble veldig trøtt. Så trøtt at da hun kom tilbake til skolen sovnet hun. Hun kuttet ut tablettene.

Neste gang hun kontaktet helsevesenet for psykiske problemer var da hun var 22 år. Hun fikk da ordinert Fluanxol. Brukte det 'att og frem' i perioder. Bente gikk da på privatgymnas og leste om igjen artiumsfag for å komme inn på medisinstudiet. For henne var det viktig å klare å møte prestasjonskravene. Det handlet om fremtiden, om drømmer og om senere yrkeskarriere. I forbindelse med eksamen fikk hun forskrevet Valium av nok en psykiater. Bente spurte selv om Valium, 'fordi det var ikke vits å spørre om noe annet'. I Bentes omgangskrets var det akseptert at man brukte noe beroligende i forbindelse med eksamen. Mange fikk, ifølge Bente, Valium til eksamen. Det var den gang ingen advarsel om utilsiktede virkninger, om utvikling av avhengighet og om abstinenser. 'For meg hadde det vært viktig å blitt informert om dette, muligens hadde jeg nøyd meg med å ta tabletter en eller to ganger', sa Bente.

Bente lyktes på gymnaset, og begynte på medisinstudiet. I begynnelsen gikk det greit, men prestasjonspresset var stort. Hun begynte forsiktig 2. året med 1/2 valium hver dag. Bente tror at hun allerede da utviklet en toleranseabstinens, og derfor økte og fortsatte forbruket. Dette tok seg gradvis opp til 5 stk. Valium (25 mg) i døgnet. Utenom dette tok hun 1-2 sovetabletter (Halcion) ved behov. I løpet av studiet ble hun klar over at benzodiazepiner var avhengighetsskapende, og tok derfor Truxal i tillegg siden det ikke var så farlig. Men da måtte hun i hvertfall ha en Valium om morgenen. Valium ble tatt som 'uppers', for å våkne, for å fungere og for å møte hverdagen.

'Som en verkende kjøttklump'

På tredje året sprakk det for Bente, og hun fortalte: "Skulle lese, satt med lærebøkene, klarte ikke fokusere blikket. Tviholdt på pennen, prøvde å stryke under. Så på de andre som leste, og hadde voldsomme magesmerter. Prøvde å jogge og spise sunt. Klarte ikke fatte hvorfor jeg ikke tok til meg pensumet. Hadde aldri hatt problemer med dette før. Ble deprimert. Følte meg ensom. Orket ikke gå på kino med venner engang. Hadde mange venner. Prøve å få puslespillet til å gå opp. Skjønte det ikke."

Bente fortalte om en periode på over 4 år hvor abstinenser med smerter i muskler, skjelett og mage var en del av hverdagen. I blant kunne hun nesten ikke gå. Hun hadde vondt fra topp til tå. Det sved i hud og øyne, verket i tennene og prikket og stakk i musklene. Hun fortalte videre: "I blant klarte jeg ikke å skille hvor smertene kom fra, følte meg som en verkende kjøttklump".

På denne tiden brukte hun i tillegg til benzodiazepiner og Zantac (medisin mot sur mage) og smertestillende uten resept. Til slutt fikk hun resept på Paralgin forte. Det hjalp.

Veien ut

Ifølge Bente var veien ut at hun selv erkjente at det var tablettene som var skyld i hennes lidelser. Det var en god venn og medstudent av Bente som fortalte henne om bivirkningene. Bente gikk umiddelbart på Universitetsbiblioteket og pløyde gjennom medisinske og farmakologiske artikler om benzodiazepiner og abstinenser. Her fant hun kun en farmakologisk artikkel hvor det stod at man kunne oppleve avhengighet og angst av benzodiazepiner etter langvarig bruk.

Bente flyttet til Sverige. Der oppsøkte hun Kilen, som organiserer selvhjelpsgrupper for mennesker som er legemiddelavhengig. Bente tok også umiddelbart kontakt med en psykiater. Her erkjente hun at hun hadde et avhengighetsproblem. Bente gjennomførte i løpet av 8 måneder en gradvis nedtrapping av medisinene. Hun sluttet først med sovepillene. Det første som skjedde da, fortalte hun, var at hun fikk sove igjen. Hun sov i en periode 15-16 timer i døgnet.

Hun gikk til psykiater hver 3. uke. Behandlingsstrategien var å ta utgangspunkt i Bentes nåsituasjon. Målet med behandlingen var først og fremst å få Bente tablettfri, og ikke lete etter noen årsak. Psykiateren ga Bente stadige bekræftelser på at det er vondt å slutte med piller, at hun måtte ha det fælt og ga henne videre oppmuntringer om å fortsette kampen med seg selv. I tillegg gikk hun i støttegrupper som var organisert av Kilen. Her møtte hun likesinnede som var i samme situasjon som henne. I tillegg kunne hun ringe Kilens støttetelefon når det trengtes.

De siste 5 ukene av behandlingen la Bente seg inn på psykiatrisk sykehus. Den avdelingen hun var på hadde spesialisert seg på nedtrapping av legemiddelavhengige. Ifølge Bente var det de siste 10 mg som var det absolutt tyngst å slutte med. Denne jobben gjorde hun på sykehuset. Bente var godt forberedt, gjennom både psykiateren og støttegruppen, på 'hvilke prøvelser' hun ville gjennomgå.

Bente har et meget positivt inntrykk av sykehusoppholdet, og hun fortalte: "På sykehuset var det mat på bordet, jeg fikk hvile når jeg ville, kunne spille tennis og svømme når det passet, møte hyggelige folk å prate med når det behovet meldte seg og hele tiden ha noen rundt meg som skjønnte hvordan jeg hadde det. Et beskytta sted som ga støtte og bekræftelse hele tiden. Bekræftelse på bekræftelse på at vi vet at du har det fælt, med stadige gjentakelser om at det går over, du er normal, det er abstinenser, det tar tid, sånn hadde jeg også det og sånn har også andre det."

Ingen på den avdelingen gikk aktivt inn for å klarlegge den egentlige årsaken til Bentes angst og magesmerter. For kanskje var det ingen, men heller at problemet var skapt av legemiddelbruken. Bente fortalte at visse symptomer som muskelsmerter, trøtthet og eksem ble verre. Likevel klarte hun å trappe helt ned. Men fortsatt mange år etter sliter Bente med abstinenser.

Organiserer selvhjelpsgrupper

I dag organiserer Bente selvhjelpsgrupper for legemiddelavhengige.

For Bente er det viktig å fremheve at hun var legemiddelavhengig, ikke pillemisbruker. Ved å kalle noen for pillemisbruker reduseres problemet til et privat og individuelt anliggende. Hun viser til at mange av de som kontakter henne er påført legemiddelavhengighet gjennom direkte uforstand fra helsevesenets side, fordi helsevesenets løsninger på folks psykiske og somatiske lidelser har tradisjonelt vært, og er fortsatt, medikamentelle.

Bente vet at for mange av dem som har deltatt i selvhjelpsgruppene i regi av Bølgen ikke hadde klart nedtrappingen uten denne hjelpen. Disse selvhjelpsgruppene bidrar også til å holde folk borte fra å legemidlene over tid.

4.8 Unni sklei ut som 12-åring og tok seg inn som 30-åring

Bakgrunn

Unni fortalte at hun hadde dysleksi og at hun av den grunn falt utenfor skolen. Hun 'sklei' ut som 12-åring, og kom i kontakt med eldre ungdommer som røykte hasj. I dette miljøet følte Unni seg godtatt. Hun ble kalt for 'Lilleunni' fordi hun var så liten. Blant disse vennene prøvde hun også amfetamin og piller for første gang.

Unni led også av spisevegring, i tillegg til at hun hadde diverse nervøse plager. Dette ble tatt opp med 'familielegen' som forskrev henne valium. Hun var 14 år den gang. Hun kommenterer legebesøket slik: "Han så ikke på meg engang, ga meg bare en resept på 100 valium". I noen år gikk hun regelmessig til denne legen som skrev ut ulike typer b-preparater til henne. Etterhvert ble det piller som ble hennes viktigste ruskilde.

Doktor-shopping og reseptforfalskning

Unni utviklet seg til å bli en meget dyktig shopper. Hun oppsøkte flere leger. Av dem var det spesielt fire stykker (to i egen praksis og to ved samme legensenter) hun regelmessig vekslet mellom. Av de fire nevnte legene fikk hun Valium, Stesolid, Rohypnol og Paralgin forte. Legene hennes oppdaget aldri at hun også var fast pasient hos andre. Unni sier selv at hun ble meget drevet i å fabrikkere historier som slo godt an hos leger. Blant annet løy hun om at mormoren nylig var død og at hun måtte ha noe for 'nervene'. Dessuten brukte hun spisevegringen og angsten for alt det var verdt. I tillegg ba hun om å få medisiner for smerter hun hadde 'her og der'. Utenom å 'springe rundt til leger' ble hun også flink til å forfalske resepter. Eksempelvis husker hun at hun ringte inn 6 resepter på en dag ved flere apotek. Det var rekorden. Ellers hendte det at hun skrev noen tilføyelser på reseptene slik at hun samlet fikk ut større mengde medisiner.

Bytting, kjøping og økende forbruk

Etterhvert som forbruket tiltok begynte hun å kjøpe piller av bekjente, og byttet med en 50-60 års gammel alkoholiker. Bl a byttet hun til seg 100 Rohypnol, 100 Stesolid, 500 ml. NAF hostesaft og 100 Paralgin forte i måneden for noen flasker sprit. I tillegg skaffet hun seg piller fra bekjente innen helse- og sosialvesenet som ga, byttet eller solgte henne piller. Unni fortalte at på det verste turte hun ikke legge seg uten at det lå klar 4 Paralgin forte og 3 Stesolid på nattbordet til neste morgen. Disse tok hun før hun orket å stå opp.

Veien ut- en grensesettende og omsorgsfull lege?

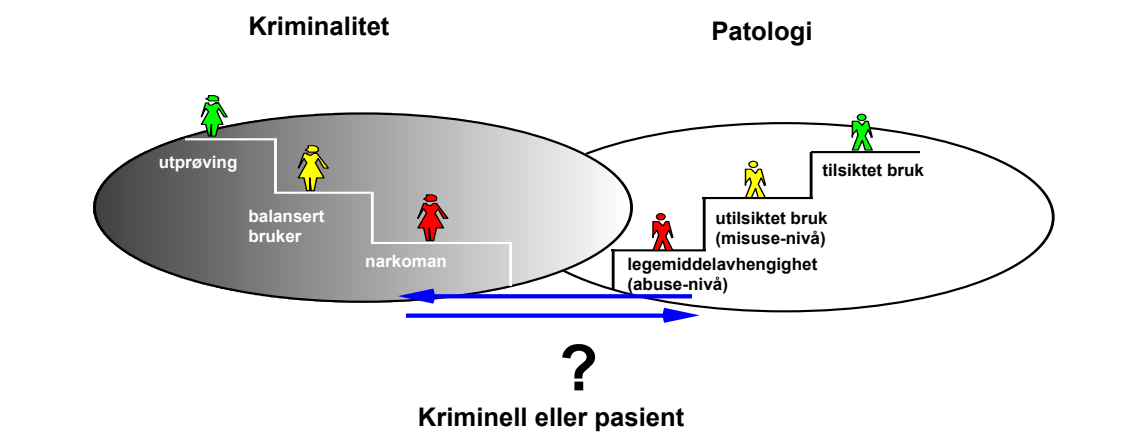
Unni trakk frem spesielt en episode som førte til at hun valgte å endre livsførsel. På en av sine doktor-shoppe-turer, hvor hun repeterte en av sine mange 'tragiske' historier, møtte hun en ung kvinnelig lege som ganske alvorlig sa til henne: "Jeg tror ikke på deg, jeg kan hjelpe deg, men ikke med piller". Unni skal ha blitt rasende. Hun skjelte legen ut og truet med å melde henne til Fylkeslegen. Likevel, denne konfrontasjonen bidro til endring, og var ifølge Unni første steget i en flere års behandlingsprosess. Videre kom hun i kontakt med PUT hvor hun fikk 200 timer psykoterapi. Hun har også under rehabiliteringsfasen oppholdt seg i døgninstitusjon og deltatt i selvhjelpsgrupper

Da vi møtte Unni var hun rusfri, og virket stolt over hva hun hadde klart. Hun hadde fått tilbake omsorgen for barna sine. Barna bodde hos henne og hun var klassekontakt for et av dem. I tillegg hadde hun skaffet seg bolig, samboer og var i en utdannings situasjon. Unni fortalte at hun bruker den kvinnelige legen som nektet henne piller til sine barn, fordi: "Henne tror jeg på, hun løser ikke problemene bare med piller".

4.9 Veier inn: helsevesen eller kameratflokken

På bakgrunn av ruskarrierer som beskrevet ovenfor, finner vi to hovedinnfallsporter til legemiddelmisbruk. Den ene veien går gjennom medikamentell behandling som følge av livskrise, skade og alminnelige hverdagsproblemer. Det som muligens var tenkt som en akutt og kortvarig medikamentbehandling, blir etter hvert en langvarig behandling, hvor det så utvikles legemiddelavhengighet. Veien fra legemiddelavhengighet over i illegale rusmiljø synes da kort. Vårt inntrykk er at en vanlig karrierestige for legemiddelavhengige og multibrukere starter i pasientrollen, ofte under medisinsk behandling for diffuse lidelser av fysisk og psykisk karakter. Informanter mener selv at de gjennom behandlingen opparbeidet seg en gradvis avhengighet. I den første fasen ble doseringen gradvis økt for å imøtekomme deres økende behov for piller. Kontakten med leger har for mange derfor fortont seg som et tveegget sverd. På den ene side opplevdes velvære med rikelig tilgang til piller, mens det på den andre side ga frustrasjoner når leger ble mer restriktive i sine forskrivninger. Noen har også opplevd å få medisinen plutselig seponert etter at misbruket, og avhengigheten, var et faktum. Dette kan også ha sammenheng med at disse legene har fått inndradd lisensen på å forskrive A- og b-preparater. Vi har konkrete eksempler på at pasienter har opplevd at deres faste lege, som startet behandlingen av dem med benzodiazepiner og morfinholdige preparater, plutselig seponerte medisinen uten at de fikk tilbud om annen behandling eller ble ivaretatt på annen måte. Det fortelles da videre om en evig runddans fra legekantor til legekantor etter mulige samarbeidsvillige leger.

Den andre innfallsporten er gjennom å tilhøre eller kjenne rusmiljøer. I disse miljøene er det utstrakt kunnskap om hvordan legemidler 'mixes' for å oppnå ønsket ruseffekt, og hvordan leger og farmasøyter 'trikses' for å sikre seg tilgang av utvalgte legemidler. Og veien over i helsekøen er heller ikke lang.



Figur 4.1: Rusmisbruk eller legemiddelavhengighet?

4.10 Veier ut?

Vi har i hovedsak intervjuet informanter i aktiv misbruksfase. Vi har fått oversikt over veier inn i misbruket og videre utvikling av dette. Kun fire av informantene var i en rusfri fase da intervjuet ble foretatt. Våre intervjuer og observasjoner ble formelt avsluttet våren 1997. Vi har likevel fulgt mange av våre informanter helt frem til nå, ved å ringe til dem, ved å møte dem eller ved å 'høre om dem'. Deres forhold til legemidler og andre stoffer forandrer seg stadig. Informanter som 'hadde klart seg' da intervjuet ble foretatt, er nå tilbake i misbruket. Vi kjenner også til det motsatte forhold. En informant som var sterkt misbrukende/multibruker i deler av prosjektperioden, har nå fått skoleplass og ser meget positivt frem til 3 år med utdanning. Denne informanten uttrykker å ha fått jevnlig og god oppfølging av sin lege. Han selv, og noen ganger hele familien, går til lege én gang per uke, i en klokke time. Hans lege har gitt ham både A- og b-preparater for å holde ham borte fra det illegale rusmiljøet. Det er her snakk om ganske høye doser, doser som pasienten er tilfreds med. Informanten har sammen med legen sin blitt enige om en langsiktig nedtrappingsplan. Samtlige informanter i rusfri fase opplevde at de hadde leger som grep fatt i problemene deres og tok dem på alvor. De var grensesettende og omsorgsfulle. De samme informantene gav uttrykk for at selvhjelpsgrupper og psykoterapi bidro til å holde dem borte fra misbruket. Vårt inntrykk er at grensesettende og omsorgsfulle leger, i tillegg til andre polikliniske behandlingstiltak i hjemmemiljøet, bidro til endring av livsførsel.

Vår konklusjon er at en og samme informant gjerne vekslet mellom å være medikamentfri, legemiddelavhengig eller multibruker. Våre mest langtkomne misbrukere ga uttrykk for at de ønsket å være i den hvite delen av figur 6. De sa at de ønsket et normalt liv med familie og jobb. "Det er tross alt bedre å være pasient enn kriminell pøbel." Som pasient synes det 'normale livet' å være mer oppnåelig. Det er likevel ikke slik at en automatisk går fra mørk til hvit sone ved at legene øker sin forskrivning til de som måtte ønske dette. Pillene blir kapitalinnsprøyting på det illegale marked. En økt, kritisk og nøye oppfulgt forskrivning har bidratt til at pasienter gradvis har dempet sin aktivitet i det illegale rusmiljøet. Vårt materiale indikerer at varighet og hyppighet av illegal virksomhet reduseres ved tett legeoppfølging. Vårt datamateriale er for spinkelt til å konkludere ytterligere angående veier ut av misbruket.

5 Gatemedisin

av Ragnhild Wiik, Marie Smith-solbakken, Olav H.J. Christie.

Informantene fortalte om bruk av ‘utrolige’ mengder legemidler for å oppnå rus. De fortalte også om kombinasjoner og effekter som vi ikke finner beskrevet noe sted. Eksempelvis hørte vi at sovetabletter brukes for å bli våken. Vi fikk etterhvert servert mange oppskrifter på hvordan en kan bruke piller for å oppnå rus, men vi så ikke umiddelbart et system i denne bruken. For å finne et eventuelt system, begynte vi å intervju informantene detaljert om deres egen og andres bruk av legemidler til rus.

Vi fikk etterhvert bekreftet at det finnes etablerte oppskrifter på hvordan piller brukes for å bidra til spesifikke rusopplevelser. Vårt spørsmål var da: Er dette ‘skrytehistorier’ eller myter som alle uttrykker, men som de ikke lever etter, eller er det slik at oppskriftene faktisk følges i praksis. For å få et svar på dette spørsmålet ba vi 4 informanter om å føre nøyaktig dagbok over sitt inntak av legemidler og andre rusmidler. Dagboknotatene ble statistisk analysert.

5.1 Effekter og ‘oppskrifter’

Basert på intervju med multibrukere og legemiddelavhengige informanter, beskriver vi nedenfor hvordan ulike legemidler brukes til rus. Vi har her ikke bare tatt med b-preparater, men også et par A-preparater. Begge disse legemiddelkategoriene er utbredt på det illegale marked.

I følge informanten Tore bruker alle narkomane piller, og folk som bruker piller bruker også stort sett narkotika. Han kjenner kun et par stykker som *bare* bruker piller. Han mener at man blir så fort ‘innspist’ på piller at en stadig må øke dosene, i hvert fall hvis en bare spiser én type tablett. Tore mener at pillebruk dermed er en dyr måte å ruse seg på.

Flere informanter hevder at ved å variere tablettypen, opprettholdes effekten uten at man øker dosen nevneverdig. Veksling mellom Valium og Stesolid gjør at en ikke trenger å øke dosene så mye.

Tore fortalte at de drakk mye vann til alle typer piller bortsett fra Paralgin forte. På samme måte som ved bruk av hasj, opplevde Tore ‘enorm matlyst’ ved bruk av piller.

Vår oppfatning er at utilsiktet bruk av piller oftest skjer ved at pillene inntas gjennom munnen. Det skjer imidlertid at legemidler som Dolcontin og Rohypnol løses opp og ‘destilleres’ før løsningen injiseres.

Rohypnol: fra søvn til 'speed'

Rohypnol beskrives som 'den mest populære pillen' på det illegale marked. Flunipam har nesten samme status som Rohypnol, men nevnes ikke like ofte. Vi er fortalt at Mogadon kan brukes i stedet for Rohypnol. Det kommer frem at dette b-preparatet er langt mindre ettertraktet som rusmiddel. Sovemidlet Imovane har vi ikke registrert på det illegale marked.

I følge våre informanter tyder mye på at utilsiktet bruk av Rohypnol gir økt aktivitet og redusert empati. En som hadde mistet sine nærmeste sa at når han tok Rohypnol brydde han seg ikke om det som hadde skjedd. En annen fortalte at den eneste gangen mannen hadde slått henne var etter å ha tatt Rohypnol. Flere fortalte at de tok Rohypnol før de skulle gjøre 'brekk' eller naske i butikker. Samtlige Rohypnol brukere påpekte at de ble frekke og likegyldige overfor det meste. Følgende uttalelser kan illustrere dette:

“En blir frekk, klåfingret og kriminell av å spise Rohypnol, jo flere jo bedre”.

“Killerinstiktet kommer da, helt sprøtt. Gikk bare rett inn i en butikk og kom ut med en haug med verktøy under skinnjakken. Helt greit liksom.”

“En blir kleptoman av å ta Rohypnol.”

“Mister samvittigheten av Rohypnol.”

“Tar jeg én Rohypnol så sovner jeg, men tar jeg 5-6-7-8-9-10 blir jeg bare helt våken og grævla frekk. Stjeler rett foran trynet på folk. Blir ekstremt frekk av rypper”

Rohypnol har altså også en oppkvikkende effekt, det fungerer som 'speed'. Dette er stikk motsatt av den tilsiktede virkning. En informant nærmest likestilte Rohypnol og amfetamin. For å få ønsket effekt av tas vanligvis mellom 3 og 5-6 tabletter på én gang. Vi har også blitt fortalt at 10 tabletter tas i slengen. Pillene tas gjerne sammen med kaffe eller Cola:

“Kaffe, sukker og Rohypnol er speed.”

“Løser 2-3 Rohypnol med Cola. Får en skikkelig virkning etter 10 minutter.”

“Alle typer benzodiazepiner med kaffe og sukker funker.”

Rohypnol blandet med andre legemidler

Rohypnol blandes gjerne med andre legemidler. En fortalte at han kunne 'speede' på en blanding av Rohypnol og Paralgin forte. En annen brukte en blanding av Rohypnol og Stesolid.

Rohypnol blandet med alkohol

Flere informanter fortalte at de hadde blandet Rohypnol og alkohol. Informantene lot ikke til å være fornøyd med denne blandingen:

“Rohypnol sammen med alkohol er dumt. Blir aggressiv og kranglete. Gjør dumme ting, spenner inn ruter og klabber til folk.”

“Tok 19 Rohypnol pluss en halvliter, ble bare frekk og kald. Tok en annen gang Stesolid og noe Valium og blanda med alkohol fikk black out. Livsfarlig blanding med benzo og alkohol.”

Rohypnol blandet med narkotika

Rohypnol blandes ofte med narkotika. Vi ble her opplyst om følgende ‘cocktailblandinger’:

- (1) heroin + Rohypnol (“farlig, disse stoffene bør ikke blandes”),
- (2) kokain + Rohypnol
- (3) heroin + kokain + Rohypnol (“brukes helst i jet-set-miljø”).

Det ble ellers fortalt at Rohypnol i heroin gir et ekstra godt “kick”. Langtkomne heroinister hadde erfart at Rohypnol var nødvendig for at de i det hele tatt skulle få rus av heroin.

Når heroinen tilsettes Rohypnol, blir medikamentene blandet i en sprøyte før injeksjon. Også askorbinsyre tilsettes (for å løse opp heroinen). I følge våre informanter blandes 1-2, max 3, Rohypnoltabletter á 1 mg med heroinen. De med erfaring på dette området hevder at hvis man tar flere enn 3 samtidig blir det for mye kalk i årene.

To kvinnelige heroinister i 40 års-alderen fortalte at de blandet Rohypnol i heroinen før de skulle ut og prostituere seg. De ble da så “rusa” at de ikke husket noe særlig etterpå. Kvinnene lot til å mene at de ble mindre skadet av prostitusjonen hvis de ikke kunne huske noe. Såvidt vi skjønnte var denne strategien vanlig blant prostituerte heroinister.

Oppsummert kan vi si at Rohypnol blandes med narkotika for at effekten skal bli sterkere eller mer tilpasset visse formål (innbrudd, prostitusjon).

Flere informanter nevnte at blandingen av heroin og Rohypnol er svært farlig. Som en av dem sa:

“Jeg har ikke blandet heroin og Rohypnol. Dette er en farlig blanding som lett kan bli dødelig”.

Vi vet at overdosedødsfall kan skyldes denne blandingen. Det er likevel mange som bruker og er avhengige av denne blandingen. Når en først har begynt å kombinere heroin og Rohypnol, sies det at heroin alene ikke lenger gir samme effekt som før. En informant fortalte at kombinasjonen heroin/Rohypnol var det vanskeligste han noen gang hadde prøvd å venne seg av med. Informanten har meget omfattende erfaring med avrusning.

En informant fortalte at Rohypnol ble grønn ved koking. Vi spurte både lege og farmasøyt om dette stemte, men de hadde aldri hørt om ‘fenomenet’. Vi testet den hevdede grønnfargingen ved å knuse Rohypnol (0,5 mg) i vann før koking over åpen flamme. Pga. fordampningen fra spiseskjeen måtte vi fylle på vann flere ganger. Etter ca. et kvarters koking ble løsningen lysegrønn. Informantens utsagn var riktig.

Rohypnol blandes også med hasj. En informant fortalte at han mistet bevisstheten eller i alle fall sovnet av høye doser av denne kombinasjonen.

Paralgin forte: fra smertelindring til både 'dop' og 'speed'.

Paralgin forte brukes oftest i blanding med andre legemidler og forbindes både med 'dop' (dempende virkning) og 'speed' (oppkvikkende effekt). Rusen som oppnås ved å ta Paralgin forte sammenlignes med en morfin-rus, dvs. dop. Informantene ga følgende beskrivelser av effekten:

“Benzo sammen med Paralgin blir en rolig og avslappet av. De blandes helst fifty fifty. Ta så en Stesolid på toppen så forsterkes rusen. Kanongodt, blir kjempestein.”

“Paralginer spiser en. Det er en forjævlig jobb å løse disse pillene opp å filtrere dem. “Kan blandes i varm solbær-te. Dette gir en ganske kjapp effekt særlig om man ikke spiser først.”

I tillegg til 'dop'-virkningen, har informanter også uttrykt at Paralgin forte kan brukes til å kvikke seg opp. En beskrev hvordan Paralgin forte ble brukt til å øke aktivitet og aggressivitet på håndballbanen:

“En oppnår en spesiell speed-følelse ved bruk av Paralgin forte. Kaffe og sukker forhøyer denne virkningen.”

Mye tyder på at virkningen av Paralgin forte kan variere fra individ til individ. Ved ett tilfelle tok vi et gruppeintervju med 4 misbrukere. Følgende uttalelser er hentet fra denne samlingen, hvor det blir diskutert om Paralgin forte er 'speed' eller 'dop':

“Blanding av paralginer og somadriler, gir et jævla kick”.

En av de andre var uenig i dette:

“Jeg ble helt kjempesløv av 4 paralginer og 3 somadriler.”

Virkningen variere også alt etter hvor 'innspist' man er. Flere informanter har uttrykt toleranseutvikling overfor disse pillene. Man må etterhvert må ta store doser for å få en ønsket rus. En av våre informanter fortalte at han tok 30 - 40 Paralgin forte per døgn. Han tok gjerne 10 - 15 Rohypol i tillegg, slik at inntaket kunne komme opp i 50 tabletter per døgn.

I tillegg til blanding med andre legemidler, blandes Paralgin forte også med narkotiske stoffer som hasj.

Dolcontin og Temgesic: fra smertelindring til 'kick' og 'dop'

Dolcontin og Temgesic er A-preparater som inneholder henholdsvis morfin og buprenorphin.

En informant (Magnar) fortalte at han hadde forsøkt Temgesic (0,2 og 0,4 mg), men var ikke så fornøyd med denne rusen:

“Temgesic gir ikke noe særlig kick. Stoffet gir ikke så behagelig rus. Rusen går i bølger med kvalme/svimmelhet innimellom.”

Magnar bruker også Dolcontin. Han tar dette legemiddelet enten direkte dvs. som piller (oralt) eller ved å injisere morfinen som finnes i pillen. Injeksjonen forberedes ved at han først suger av drageringen. Deretter knuses pillen i en skje, og springvann tilsettes. Denne blandingen oppvarmes f.eks. ved å bruke en lighter. Væskefasen suges opp i bomull, og klemmes deretter ut igjen; renheten økes ved å gjenta denne prosedyren. Væsken suges direkte opp i sprøyten fra den våte bomullsdotten. Magnar fortalte at ved å ta "et drag hasj" etter en morfininjeksjon oppnår han en opiumslignende effekt (veldig sløvende).

Magnar 'trenger' høye (120 mg) morfindoser i form av Dolcontin for å få 'kick'. 'Kick' beskrives som en meget behagelig varme som går fra tærne og helt opp i hårrøttene. Han mener at behovet for så høy dose kan skyldes at han allerede i utgangspunktet hadde toleranse overfor morfin fordi han var vant med å bruke Paralgin forte.

Informantene har ellers en noe sprikende oppfatning om effekt og bruksmåter av dette stoffet. Noen bruker Dolcontin sammen med heroin og forteller at 50 til 100mg Dolcontin om dagen tilsvarer ¼ til ½ gram heroin. Andre foretrekker Dolcontin i stedet for heroin. En tredje mener at heroin og Dolcontin gir ulik rus:

"Dolcontin-rusen varer lengre, og er 'flatere' enn heroinrusen og ikke gir det store kicket, men en behagelig tilstand. Ved Dolcontin, er det tilstrekkelig å ta tabletter to ganger per dag. Ved heroin behøves hyppigere tilførsel".

Andre bruker ikke Dolcontin for å ruse seg men for å holde abstinensene borte. De tar da Dolcontin både oralt og ved injeksjon.

Abstinens ved bruk av b-preparater

Som ved bruk av alkohol og narkotika, er abstinens også et problem ved bruk av b-preparater:

"Etter tre dager kommer dritten, nervøsiteten. Tør ikke gå på do engang, blir nervøs av piller. Spiser på deg angst og depresjoner".

"Går an å klare seg uten opiaten en dag, men etter to dager kommer abstinensene. Klarer å gå tre dager uten benzo, først da kommer abstinensene, blir full av angst og anger.."

"Jeg prøvde Nozinan (75 mg) én gang, og sov omtrent i ett døgn."

Denne informanten hadde i likhet med de fleste andre ikke sans for Nozinan. Dette understrekes ved at medikamentet kalles for 'ape-dop' eller 'psyko-dop'. Nozian har likevel en viss illegal markedsverdi. Vi observerte at en tydelig nervøs og medtatt ung gutt byttet til seg Nozinan mot en åpen pakke Prince. Unggutten hadde da brukt amfetamin, extacy og Rivotril i en knapp uke. Han hadde bitt fingertuppen til blods og hadde blodige kloremærker på ørene. Unggutten ville ha noe å roe seg ned på. Pusjeren kunne skaffe de fleste stofftyper, men siden gutten ikke hadde erfaring med heroin og fordi heroin var forholdsvis kostbart, endte han opp med Nozinan. Pusjeren sa:

"Dette får du garantert sove på."

Utenlandsk bedre enn norsk

Nedenfor følger en liten mimre-samtale mellom 3 eldre rusmiddelbrukere:

“De blå valiumene (10 mg’s) som var før, var tre, fire ganger så heavy som to vanlige (5mg’s). Helt annet stoff. Mye heftigere.”

“Ja, de var helt anderledes enn den dritten som er nå.”

“Det var 80-årenes husmor-speed, det”..

Uavhengig av dette, fortalte en ung informant at Valium-tabletter á 10 mg (illegalt importert) hadde samme effekt som 3 - 4 Valium á 5 mg. Han sa også at én illegalt importert Rohypnol-tablett á 2 mg hadde samme effekt som 3 - 4 Rohypnol á 1 mg.

Rohypnol er det klart mest etterspurte b-preparatet (informantutsagn og prisutvikling). Selv om Flunipam inneholder samme og like mye virkestoff som Rohypnol, er dette medikamentet mindre populært. Vi observerte imidlertid nylig et markedsfremstøt på Jernebanetorget i Oslo. “Norske hypper til salg”. Henspeilingen til Rohypnol ble bevisst brukt for å selge Flunipam. Dette er en velkjent og effektiv markedsføringsstrategi, jfr. ‘Pepsi cola, Ici cola, Jolly cola osv. hvor det surfes på urproduktet Coca cola.

På det illegale pillemarked er også Valium er mer etterspurt enn Vival. Som en av informantene sa:

“Valium kan en speede på og ta seg ned på etter amfetaminbruk. Vival er bare til å sove på, omtrent som Sobril.”

Vi har ikke kunnet verifisere om eksemplene ovenfor er myter eller om de utenlandske variantene er mer effektive rusmidler enn de norsk. På spørsmål om det er forskjell på norske og utenlandske preparater som inneholder samme virkestoff, svarte en farmasøyt at Valium er mer oppløselige enn Vival. Dette kan også handle om markedsføring og den sveitsiske farmasøytindustriens markedskontroll

5.2 Faktoranalyse av dagboksnotater

Målet med dagbokføringen var å studere om det er samsvar mellom miljøets uttrykte oppfatninger av bruksmønstre og det misbrukere faktisk gjør til daglig. Dagboksnotatene ble analysert ved faktoranalyse.

Språkbruk

I teksten brukes betegnelsen PCA (principal component analysis) synonymt med faktoranalyse. Betegnelsen ‘komponent’ brukes synonymt med ‘faktor’ og ‘principal component’. I dataprogrammet SIRIUS, som er brukt i denne analysen, brukes forkortelsen **PC** for ‘principal component’. I tekst og figurer nedenfor gjør vi derfor hyppig bruk av denne forkortelsen. Se ellers avsnitt 2.4.1 om faktoranalyse.

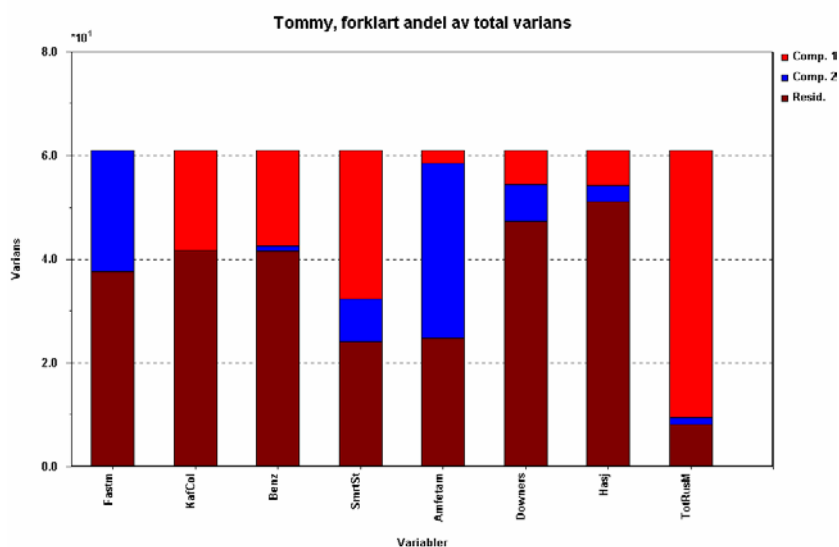
Vi vil nedenfor beskrive bruksmønstrene til de 3 misbrukerne Tommy, Taurus og Patty hver for seg. I figurene nedenfor betegnes faktorene PC1⁷, PC2 osv, avhengig av antallet faktorer eller komponenter. Vi vil her i hovedsak bruke betegnelsen 'komponent' i stedet for faktor.

Dagboksnotatene strekker seg over perioder fra ca. 1 uke til 3 måneder; Truls førte dagbok i 1 uke, Taurus og Patty førte henholdsvis noe over og noe under 1 måned og Tommy over ca. 3 måneder. Truls sin dagboksperiode er for kort til at vi kan oppdage hans bruksmønster. Faktoranalyse er derfor ikke benyttet i hans tilfelle. Vi vil likevel gjengi noen av hans dagboksnotater senere i dette kapitlet fordi de gir et "dokumentert" bilde av den mengde piller og stoff en misbruker kan innta i løpet av et døgn.

5.2.1 Tommys bruksmønster

Tommy førte dagbok i perioden 11. september til 30. november 1995. Han hadde et sykehusopphold i tiden 22. oktober til 5. november da han ikke førte dagbok. I alt har han rapportert i 62 dager. To av dagene, 29. september og 12. november, er ekstreme og ble derfor utelukket fra dataanalysen.

Det er trukket ut to komponenter (PC1 og PC2) med henholdsvis 27 % og 16 % av totalvarians. I alt inneholder de to faktorene 43 % av total varians.



Klasse 1, uten outlierdataene 29/9 og 12/10

Figur 5.1 Tommy: Forklart andel av variasjon i data materialet. PC1 = rød, PC2 = blå, datastøy = fiolett

⁷ 'PC' brukes forkortelse på 'principal component', som er betegnelsen på metoden for å trekke ut komponentene eller faktorene på.

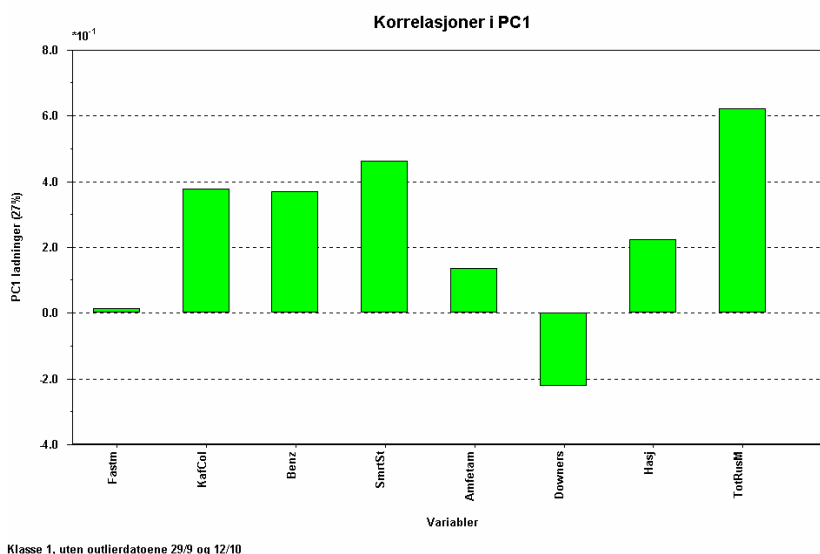
Figur 5.1 illustrerer i hvilken grad de to faktorene modellerer de systematiske variasjonene i datamaterialet. Det er en stor andel av datastøy (57 % av total varians), markert med fiolett farge på figuren. Mulige årsaker til datastøyen er at dagboken kan være beheftet med uteglemler med hensyn til inntak og/eller at deler av stoffinntaket til Tommy rett og slett er “tilfeldig”.

Første faktor (rød) forklarer den overveiende del av totalbruken av rusmidler, og med fallende forklaringsgrad: smertestillende (her Paralgin forte), kaffe/cola, benzodiazepiner (her Stesolid, Valium, Mogadon og i ett tilfelle Rohypnol (4 tabl.)), downers (her injiserbar morfin, Cosylan, Temgesic, Dolcontin) og hasj, og til sist, uppers (her amfetamin).

Andre faktor (blå) forklarer store deler av variasjonen i amfetamin og fastmat og i hasj downers.

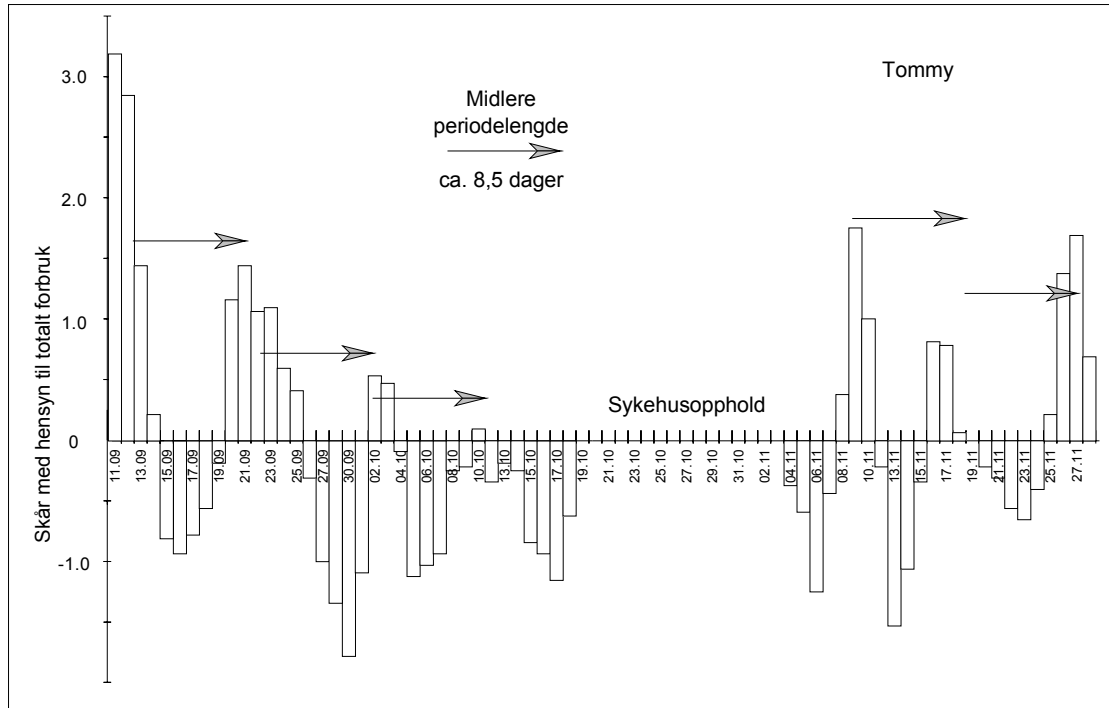
Første faktor: systematiske svingninger (PC1)

Figur 5-2 viser at første faktor, PC1, (PC1=første komponent) er dominert av positiv korrelasjon mellom rapportert forbruk av kaffe og cola samt alle rusmidler foruten downers. Denne komponenten er knyttet til Tommys generelle rusmiddelbruk og viser i tillegg at når Tommy bruker downers er totalbruken av de andre rusmidlene mindre. Totalbruken er uavhengig av Tommys inntak av fastmat (av eng. *fastfood*).



Figur 5.2 Tommy, korrelasjon mellom variablene i første komponent (PC1).

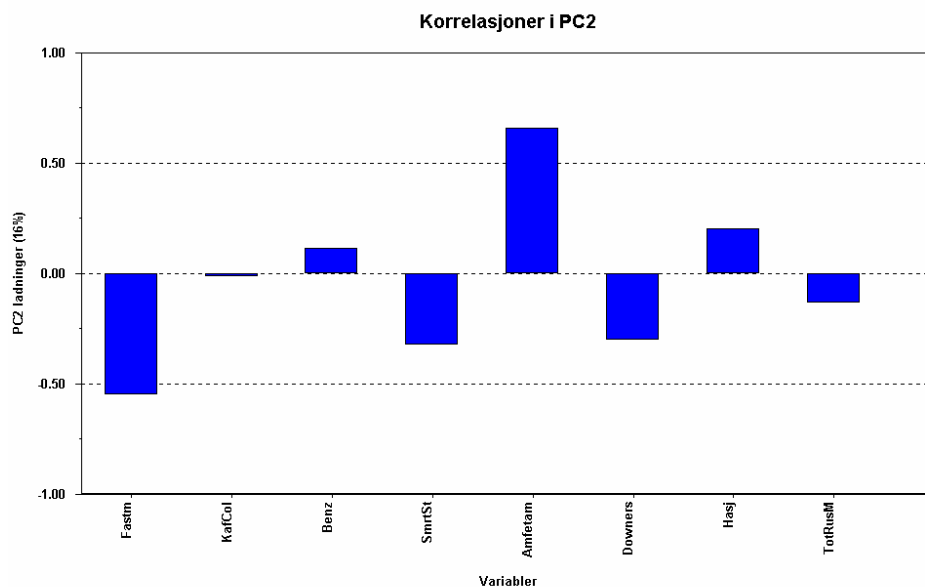
Tommys rusmiddelbruk viser relativt store variasjoner fra dag til dag, og derfor er hans skårer for total rusmiddelbruk i glattet over tre dager (i retrospektiv) for å belyse spørsmålet om det er en periodisitet i totalbruken, se Figur 5.3. Periodene varierer noe i tid, men stiller seg inn på omkring 8,5 dager. Figur 5.3 viser at det var en trend i retning av redusert totalbruk i den rapporterte perioden før sykehusoppholdet. Dette kan f eks skyldes at sviktende helse førte til redusert forbruk før innleggelsen.



Figur 5.3 PC1: Tidssvingninger i Tommys totalforbruk.

Etter at Tommy kom ut fra sykehuset gikk han igjen over til 8,5 døgn svingninger i sitt totalforbruk av rusmidler (Figur 5-3). Det at han gikk direkte inn i sitt tidligere bruksmønster kan tyde på at han ikke var rusfri under sykehusoppholdet.

Andre faktor: amfetamin kontra morfin (PC2)

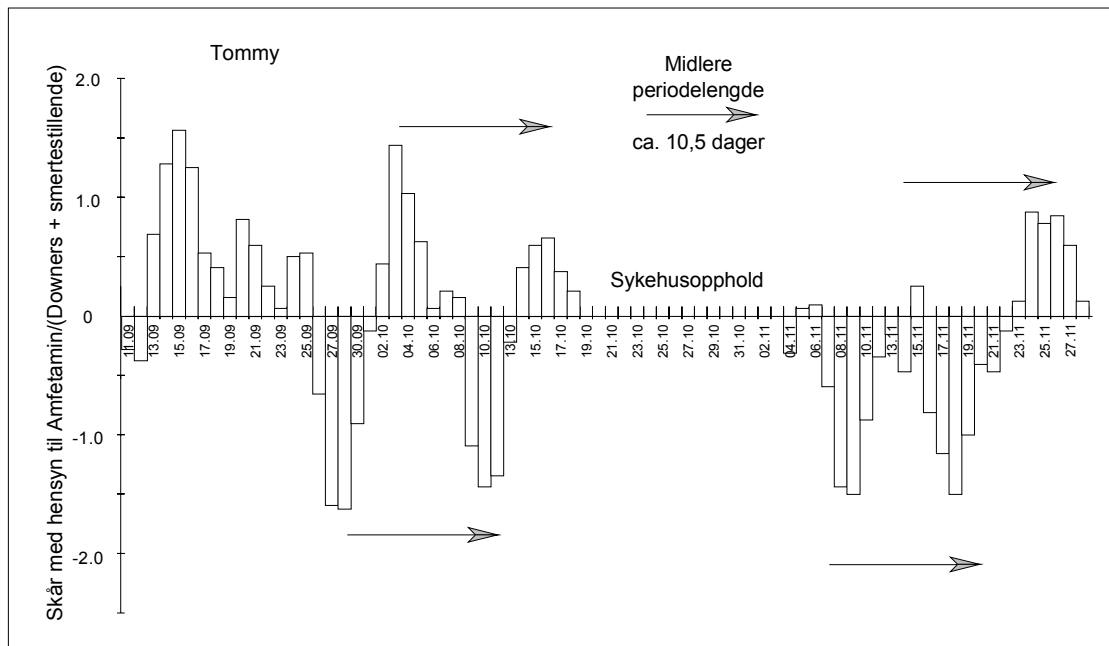


Klasse 2, uten outlierdatoene 29/9 og 12/10

Figur 5.4 Tommy, korrelasjon mellom variablene i andre faktor (PC2).

Figur 5.4 viser at andre faktor er dominert av negativ korrelasjon mellom 'fast-mat' og rapportert bruk av oppers (amfetamin). Det er altså karakteristisk for Tommy at han spiser lite når han bruker amfetamin. Han bruker også relativt mindre av Paralgin Forte og morfin/morfinpreparater når han bruker amfetamin. Det synes som om han har kontroll over balansen mellom amfetamin og morfin og svinger mellom bruken av den ene eller den andre. Bruken av amfetamin varierer uavhengig av forbruk av Stesolid/Valium.

De daglige skårene med hensyn til balansen mellom amfetamin på den ene siden og Pf og morfin på den andre er vist i Figur 5.5. Også her er det en tilsynelatende tendens til periodisitet hvis en ser bort fra de første rapporterte 15 dagene. Periodisiteten ble ikke endret etter rehabiliteringsoppholdet på sykehus.



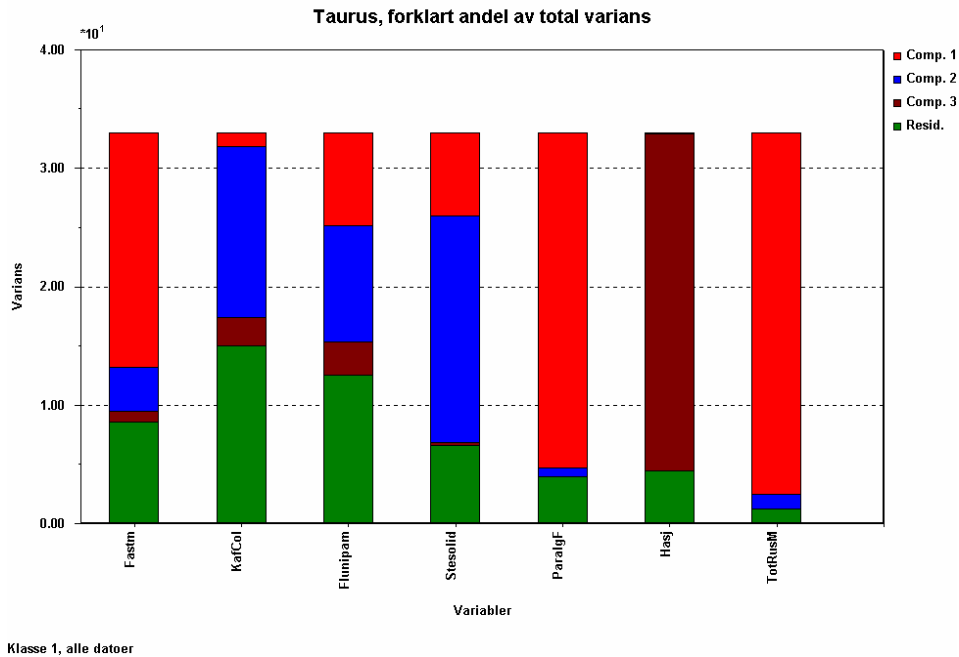
Figur 5.5 Tidssvingninger i Tommys alternering mellom amfetamin på den ene siden og Pf/morfin på den andre (PC2)

Periodisiteten på ca. 10,5 dager for bruk av amfetamin kontra morfin, Pf og 'fast-mat' (Figur 5-3) beskrives av PC2, mens periodisiteten på 8,5 dager for hans generelle bruk av rusmidler kontra morfin (Figur 5-3) beskrives av PC1. Dette betyr at de to periodisitetene er fremkommet uavhengig av hverandre. Vi kan foreløpig ikke forklare denne tilsynelatende forskyvningen i periodisitet. En mulighet er at det kan være ulike og uavhengige faktorer som ligger bak Tommys bruk av de forskjellige kategoriene av rusmidler. En annen mulighet er at forklaringen ligger i bruken av Pf. I PC1 er det en klar negativ korrelasjon mellom bruk av Paralgin forte og morfin (det ene eller det andre). I PC2 er det en positiv korrelasjon mellom bruk av Pf og morfin. Kan det tenkes at den bruken av Paralgin forte som beskrives i PC2 er en form for selvmedisinering, mens bruken som beskrives i PC1 har til hensikt å gi rus. Tommy sier selv at han kun bruker morfin/Paralgin forte for å stille smerter.

5.2.2 Taurus` bruksmønster

Taurus førte dagbok i tiden 8. mars til 10. april 1995. I alt er det rapportert 34 dager.

Det er trukket ut to komponenter med henholdsvis 41% og 21 % av totalvariasjon. I alt inneholder de to komponentene 62 % av totalvariasjon, dvs. at 62 % av bruken til Taurus er systematisk. Sammenlignet med Tommys material hvor det er 57 % datastøy, er det bare 38 % datastøy i Taurus` material. Det skyldes at Taurus har en klar regelmessighet i sitt rusmiddelbruk som er relatert til lege/tannlegebesøk.



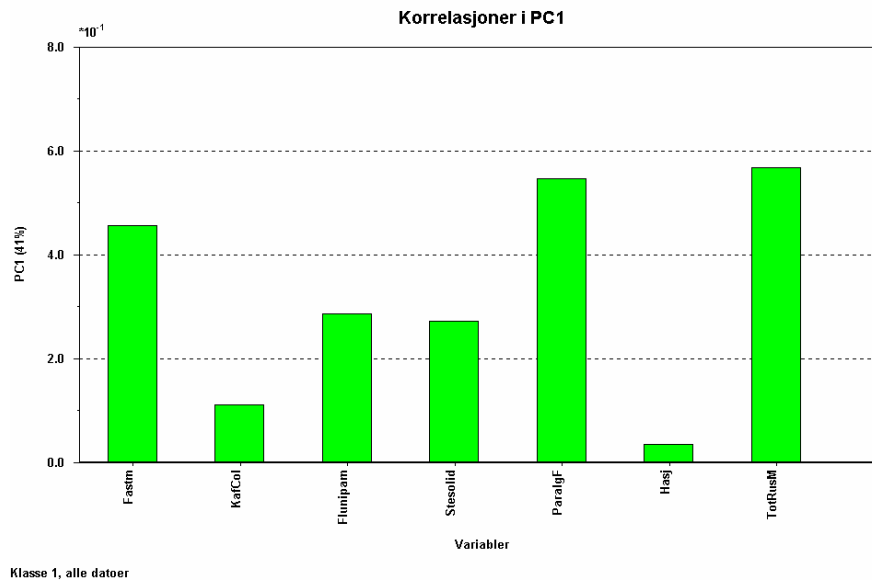
Figur 5.6 Taurus: Forklart andel av total varians i variablene. PC1 = rød, PC2 = blå, PC3 = brun, Datastøy = grønn.

Figur 5.6 illustrerer i hvilken grad de to faktorene eller komponentene beskriver de systematiske dataene i materialet. Første komponent (rød) forklarer den overveiende del av totalbruken av rusmidler og bruken av Pf. Det er fallende forklaringsgrad i første komponent i rekken fastmat, Stesolid, Flunipam og kaffe/cola. Det at en variabel er forbundet med relativt lav forklaringsgrad betyr at denne variabelen er en lite fremtredende tendens i datamaterialet.

Andre komponent (blå) forklarer bruken av Stesolid, Flunipam og tilsynelatende av kaffe/cola. Sammenhengene vil bli diskutert nedenfor.

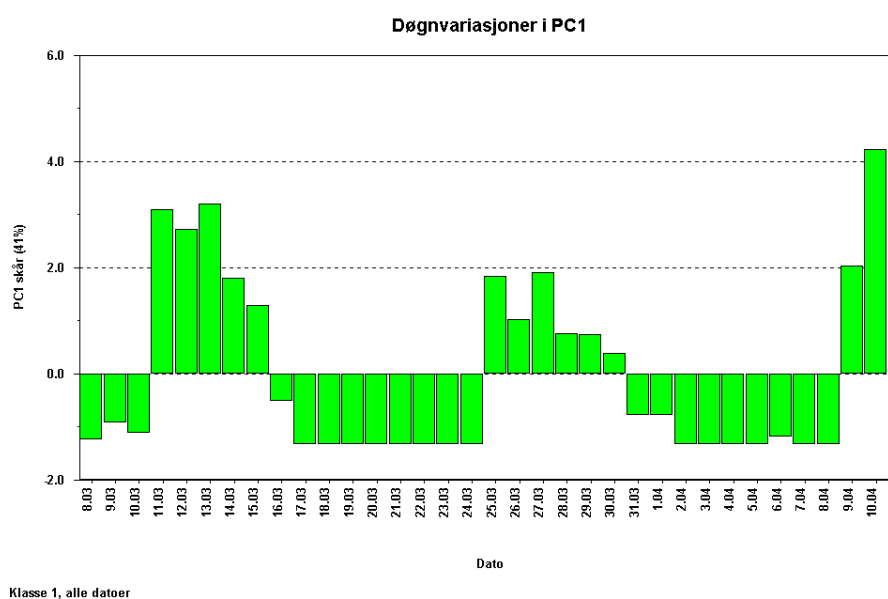
Hasj ikke forklart av de to første komponentene. Det kommer av at Taurus praktisk talt ikke bruker hasj.

Piller eller ingenting (PC1)



Figur 5.7 Taurus, korrelasjon mellom variablene i første komponent (PC1). Alle variabler unntatt hasj og kaffe/cola er positive korrelert.

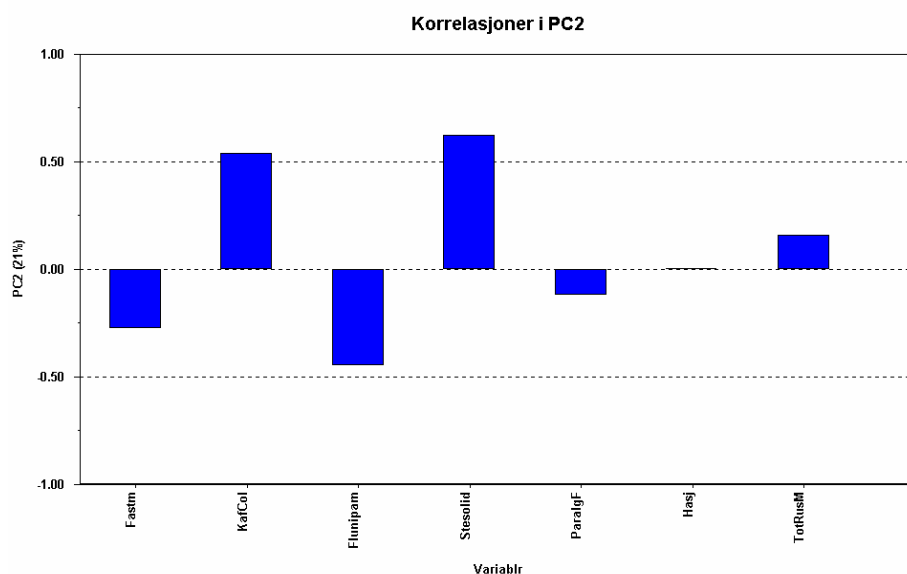
Figur 5.7 viser at første komponent er dominert av positiv korrelasjon mellom rapportert forbruk av fastmat, samt alle rusmidler foruten hasj.



Figur 5.8 Taurus, dagens skårverdier i PC1. Periodisiteten i den generelle rusmiddelbruken er knyttet til besøk hos lege/tannlege 11. og 12. mars, 25. mars og 9. april.

Figur 5.8 viser at Taurus har en klar periodisitet i sitt rusmiddelbruk. Den er karakterisert av fallende bruk i periodene 11. mars til 16. mars og 25. mars til 30. mars, og avhold i de mellomliggende periodene bortsett fra de to siste rapporterte dagene. Periodisiteten har tilknytning til besøk hos lege/tannlege, og indikerer at Taurus hovedsakelig baserer sitt rusmiddelbruk på de medikamentene han får forskrevet. Dette betyr ikke nødvendigvis at han utelukkende bruker de medikamentene han får forskrevet, han kan f.eks. benytte dem til å bytte til seg andre medikamenter. Det kommer klart frem at Taurus ruser seg mindre etter hvert som pilleforrådet avtar.

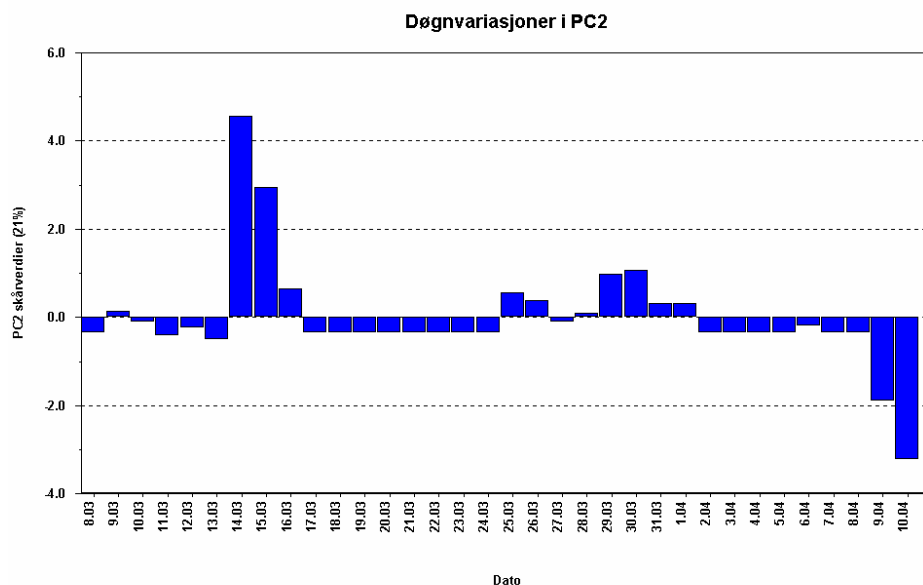
Alternerende og systematisk bruk av b-preparater (PC2)



Klasse 1, alle døgn

Figur 5.9 viser at andre komponent (PC2)

Denne komponenten er knyttet til negativ korrelasjon mellom Flunipam og Stesolid. Når det gjelder benzodiazepiner tar altså Taurus *enten* Flunipam *eller* Stesolid.



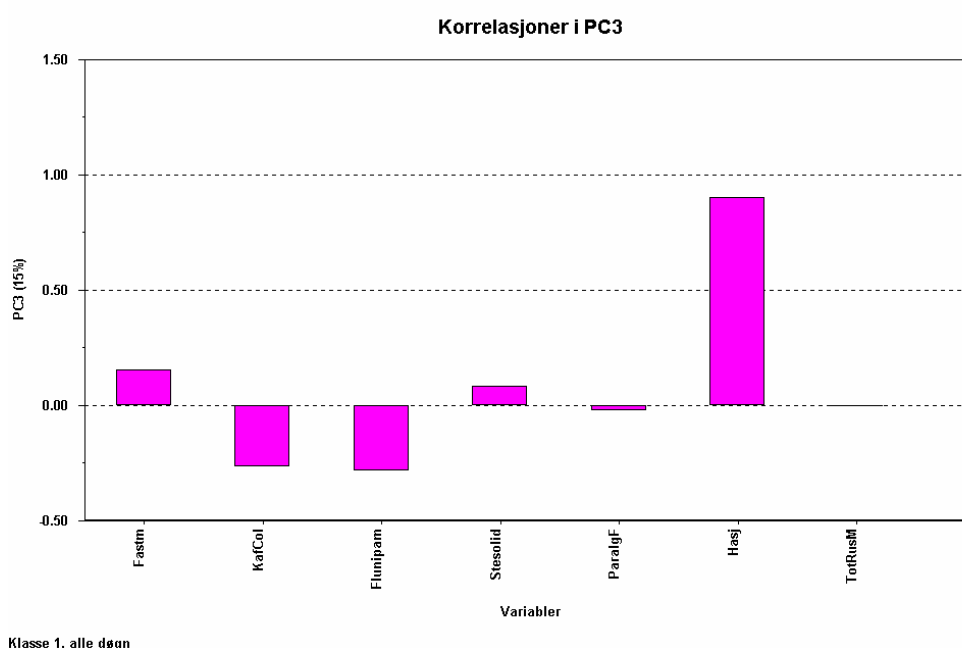
Klasse 1, alle døgn

Figur 5.10 Taurus, dagens skårverdier i PC2 som viser bruk av Stesolid i perioden 14. - 16-. mars og av Flunipam den 9. og 10. april.

Figur 5.10 viser at Taurus i perioden 14. - 16 mars tar Stesolid og og i perioden 9.-10. april Flunipam. Den negative korrelasjonen mellom Stesolid og Flunipam bekreftes ved å gå tilbake til dagboksnotatene. Han brukte imidlertid lite Flunipam. I følge fig. 2.4 tar Taurus kaffe/cola i forbindelse med Stesolid, men ikke ned Flunipam. Taurus har imidlertid i liten grad notert inntak av kaffe/cola, og korrelasjonene som innbefatter kaffe/cola ses bort fra. Vi vil poengtere at de sammenhengene som her ikke beskrives av PC1 her må tas med “en klype salt”. Dette fordi datagrunnlaget er mangelfullt.

Alternerende og systematisk bruk av ulike typer b-preparater er også bekreftet ved intervju. “En blir så innspist på piller, noe som betyr at en stadig må øke dosene hvis en bare spiser én type tabletter” (kapittel 5.5).

Hasj når det passer seg (PC3)

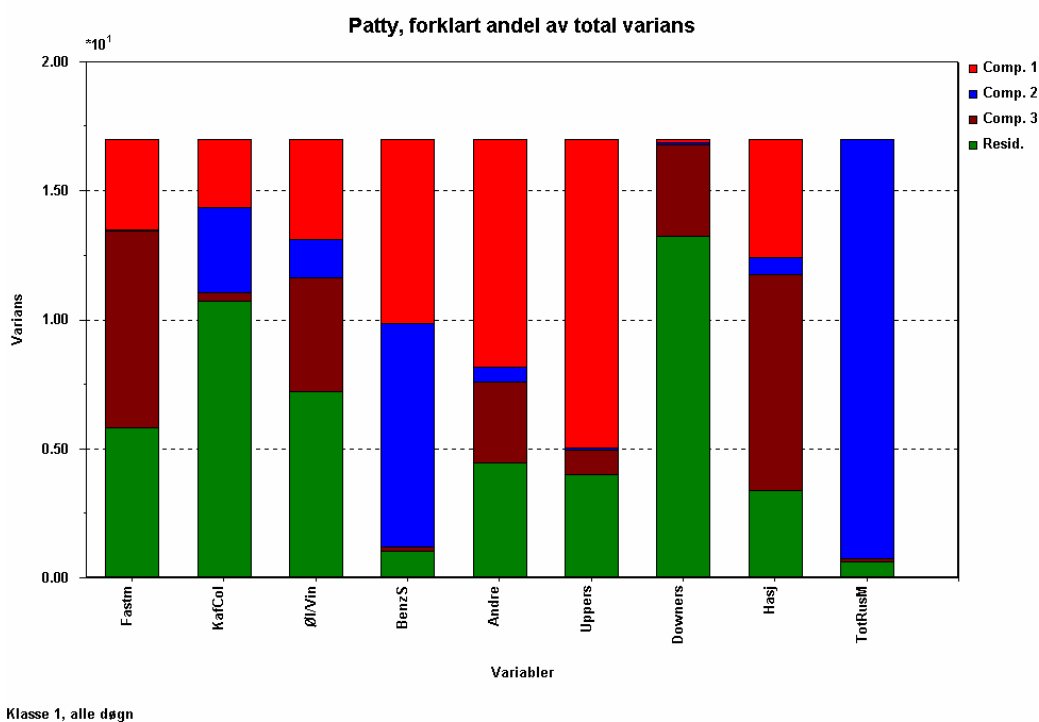


Figur 5.11 Taurus, korrelasjoner mellom variablene i tredje komponent (PC3) viser at bruken av hasj er uavhengig av annet forbruk.

5.2.3 Pattys bruksmønster

Patty rapporterte i tiden 11. september til 3. oktober med et avbrudd i dagene 27. september til 1. oktober. I alt er det rapport for 18 dager.

Det er trukket ut trekomponenter med henholdsvis 28 %, 20 % og 19 % av totalvarians. I alt inneholder de tre komponentene 67 % av totalvarians. I Pattys tallmateriale er dermed 33% av totalvarians tolket som datastøy. Til sammenligning vil vi nevne at Taurus datamateriale inneholdt ca. 38 % datastøy; hans bruksmønster ble karakterisert som regelmessig. Det at Patty er beheftet med bare 33 % datastøy betyr ikke nødvendigvis at hennes bruksmønster er mer regelmessig og forutsigbart enn Taurus sitt. Fordeling av Pattys systematiske data på så mye som 3 komponenter, viser at hennes bruksmønster er forholdsvis komplekst. Det er uavhengige faktorer som påvirker mønstrene i de ulike komponentene. I Taurus sitt tilfelle inngår 41 % av totalvariansen i PC1, mens bare 28 % i Pattys tilfelle. På bakgrunn av at PC1 er uttrykk for den mest fremtredende tendensen i ett datamateriale, ser Taurus' rusmiddelbruk ut til å være mer regelmessig enn Pattys. Patty har ført dagbok over en så kort periode at systematiske sammenhenger over tid ikke kan trekkes ut av hennes materiale. Vi vil i Pattys tilfelle konkludere med at PCA viser en del sammenhenger som er klare, men som er begrenset til en kort tidsperiode.



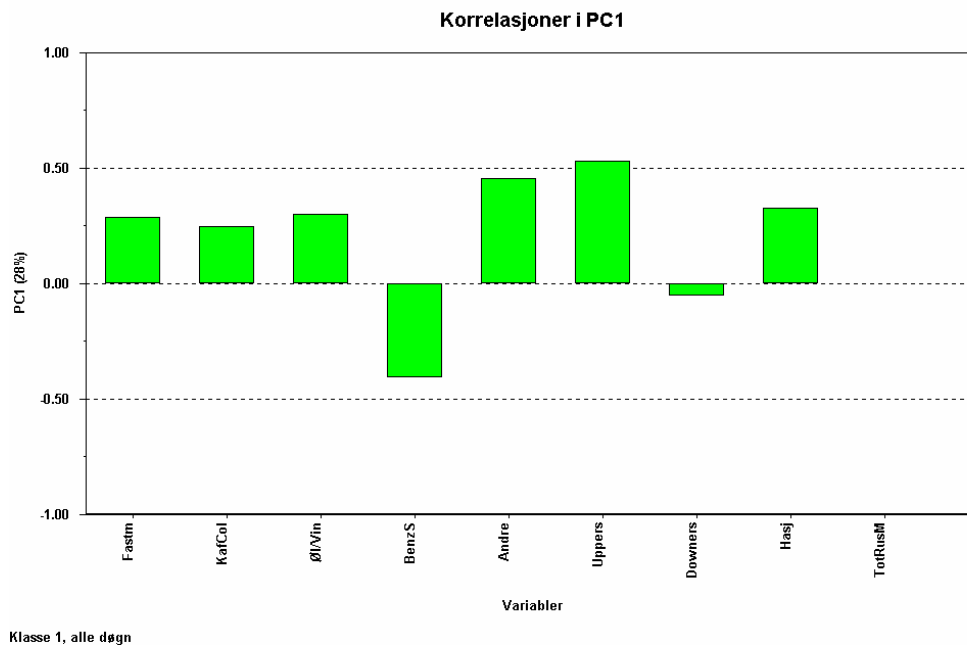
Figur 5.12 Patty: Forklart andel av total varians i variablene. PC1 = rød, PC2 = blå, PC3 = brun, Datastøy = grønn.

Figur 5.12 illustrerer i hvilken grad de tre komponentene beskriver de systematiske variasjonene i datamaterialet. Første komponent (rød) forklarer det meste av Pattys bruk av uppers (amfetamin), og i synkende grad: andre, benzodiazepiner (Valium og Stesolid), alkohol, hasj, Fast-mat og kaffe/cola.

Andre komponent (blå) forklarer nesten fullstendig Pattys totale rusmiddelbruk og halvparten av bruken av benzodiazepiner. I noen grad forklares også kaffe/cola av andre komponent.

Tredje komponent (fiolett) forklarer Pattys inntak av fast mat og bruk av hasj, og i noen grad alkoholforbruket, bruk av downers og andre midler.

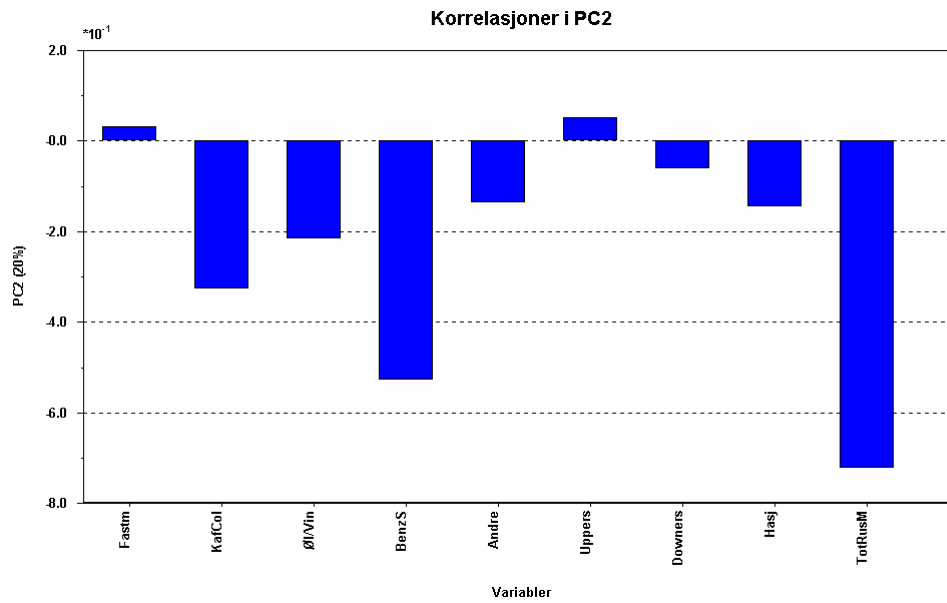
Piller versus andre rusmidler (PC1)



Figur 5.13 Patty, korrelasjon mellom variablene i første komponent (PC1). Det er negativ korrelasjon mellom benzodiazepiner og alle andre variabler unntatt Downers som er ukorrelert.

Figur 5.13 viser at første komponent er dominert av negativ korrelasjon mellom benzodiazepiner (Stesolid og Valium) på den ene siden og andre rusmidler unntatt downers på den andre. Det er ingen korrelasjon i PC1 med variabelen “totalt rusmiddelbruk” og dette viser at Patty alternativt tar Stesolid/Valium eller andre rusmidler, uten at dette generelt innvirker på totalforbruket. Pattys rusmiddelbruk er altså alternativt benzodiazepiner eller andre rusmidler.

Piller som påfyll (PC2)

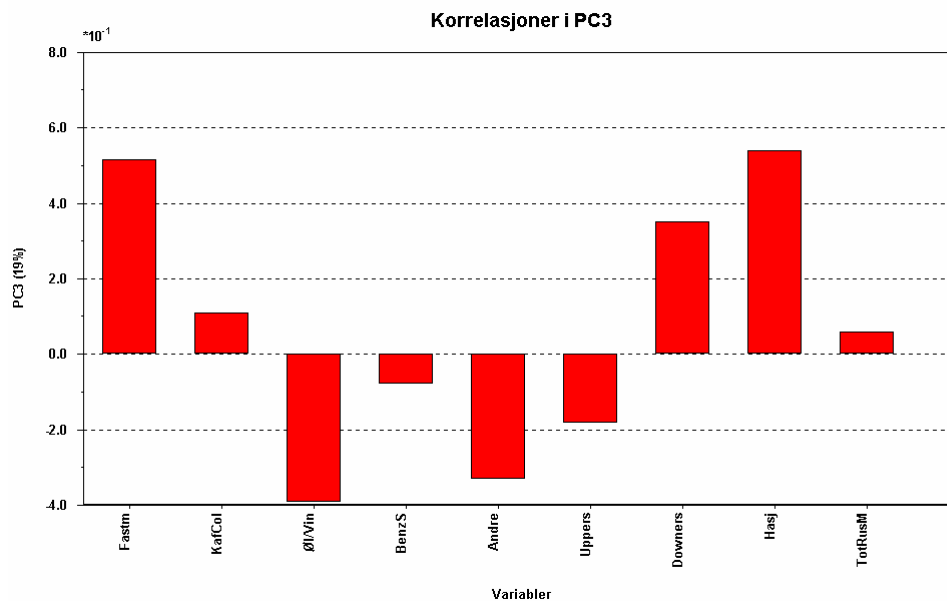


Klasse 1, alle døgn

Figur 5.14 Patty, korrelasjon mellom variablene i andre komponent (PC2). Det er positiv korrelasjon mellom de fleste rusmidler. Denne komponenten står for generelt rusmiddelbruk.

Figur 5.14 viser at andre komponent er dominert av den totale rusmiddelbruken. Den påpeker en tendens for Patty til å fylle opp med benzodiazepiner på dager hvor trangen til rusmiddelbruk er sterk og hvor hun også rapporterer høyt forbruk av kaffe/cola.

Hasj gir matlyst (PC3)



Klasse 1, alle døgn

Figur 5.15 Patty, korrelasjon mellom variablene i tredje komponent (PC3). Fastmat, Downers og Hasj er negativt korrelert med Øl/vin og Andre tabletter.

Figur 5.15 viser at tredje komponent er karakterisert av negativ korrelasjon mellom forbruk av hasj/downers og alkoholforbruk. Korrelasjonsmønsteret viser også at på dager med høyt hasjforbruk spiser Patty godt (fast mat), mens det i andre perioder går på alkohol og andre rusmidler på bekostning av hasj/downers og fastmat. Flere informanter har fortalt at de får “matkick av hasj”. dvs. at de spiser mer enn vanlig når de bruker hasj.”

5.3 Finnes det en etablert gatemedisin?

Våre informanter hadde oftest meget god kunnskap både om legemidlenes tilsiktede og utilsiktede virkninger. Vi vil poengtere at de utilsiktede virkninger som de beskrev for oss går langt utover tilsiktede effekter som er beskrevet i Felleskatalogen. I noen tilfeller virket det som om misbrukerne grep fatt i og bygget videre på Felleskatalogens beskrivelser av bivirkninger. Et eksempel her er sovemedisinen Rohypnol.

Vi har all grunn til å tro at den informasjonen som kom frem i intervjuene stemmer. Det vil si at de gjør det de sier de gjør og har de opplevelsene de beskriver. Opplysninger fra forskjellig hold var oftest overensstemmende. Folk i Sandnes og Oslo sier det samme. Det var ikke slik at alle informanter brukte eksakt samme antall piller eller eksakt samme blanding for å oppnå rus, men hovedtrekkene var like. Spesielt var dette tydelig ved sovemedisinen Rohypnol. Vårt lille eksperiment med koking av Rohypnol peker også i retning av at informantenes opplysninger beskriver det de i virkeligheten gjør.

Vi fant at legemidler ofte blir brukt for å tilspisse effekten av opiater. Det later til å være klare preferanser med hensyn til type legemiddel. b-preparatene Rohypnol, Paralgin forte, Stesolid og Valium er de vanligste på det illegale marked. Rohypnol ligger på topp i blanding med heroin.

Det er ikke slik at legemidler bare brukes som et tillegg til narkotika eller alkohol. Piller brukes også som hovedrusmiddel, misbrukeren omtales da gjerne som pillenarkoman. Taurus foretrakk helt klart legemidler som hovedrusmiddel (oralt inntak). Tommy, Patty og Truls ruset seg også mye på legemidler, men benyttet en god del illegale rusmidler i tillegg. Tommy uttrykte imidlertid at hvis han hadde hatt tilstrekkelig tilgang på legemidler, ville han brukt Paralgin forte og morfin. Truls og samboer sa at de foretrakk Dolcontin. Truls solgte heroin for å kjøpe Dolcontin. I vårt materiale var det slik at legemidler stort sett ble brukt i tillegg til illegale rusmidler eller alkohol.

Intervjudata indikerer sterkt at rusmisbrukere ofte har klare preferanser for hvilke legemidler de ønsker. Våre informanter fortalte at de tok Rohypnol (ofte uten å blande inn andre stoffer) for å bli 'modige' og 'kalde'. Det var Rohypnol de ville ha. De uttrykte at det var kun Rohypnol som gav den ønskede effekt. De ønskede b-preparater er ikke alltid tilgjengelige, og da blir det gjerne til at de bruker det de får tak i. Dette kan føre til at bruken av legemidler synes tilfeldig.

Intervju og observasjonsdata indikerer at det er systematikk i bruksmåtene. Systematikken ble helt klart verifisert ved analyse av dagboksnotatene. Det at vi bare har analysert 3 dagbøker gjør at vi ikke kan si om de påviste mønstrene gjelder for mange. Da dagbøkene er ført over relativt kort tid vet vi heller ikke hvor stabile bruksmønstrene er over måneder og år. Resultatene av dataanalysen viser imidlertid at dette er en svært egnet metode til å studere bruksmønstre systematisk.

I vår beskrivelse av gatefarmakologien er det kun informantenes egne utsagn som blir lagt til grunn. Er den utilsiktede bruken et utslag av omfattende mytespredning? Det er vanskelig å forstå hvorfor Rohypnol er mer populær enn Flunipam eller hvorfor Valium er mer gangbar enn Vival. Et utgangspunkt for videre forskning er: Hvorvidt er den utbredte gatefarmakologi en funksjon av preparatenes faktiske virkning eller en funksjon av læring og tro?

6 Hva mener legene

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

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 (Robberstad 1983, 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.

6.1 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 vanskelige 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 gi 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.

6.2 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.”

6.2.1 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 6-1 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.

6.3 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 6-2 Legenes anslag over egne pasienter som får b-preparater

| <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> |
|--|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|----------|-----------|
| 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.

6.3.1 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.”

6.3.2 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 jevnlig 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.

6.4 Synspunkter på alternativ 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 førstegangsforordningen 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.

6.5 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 6-3 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 reservasjoner

Det rapporteres om innbrudd legekantor, 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.

6.6 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.

7 OPTIMED “ - et system for egenkontroll og kvalitetssikring

Svein R. Kjosavik og Barclay Stevensen

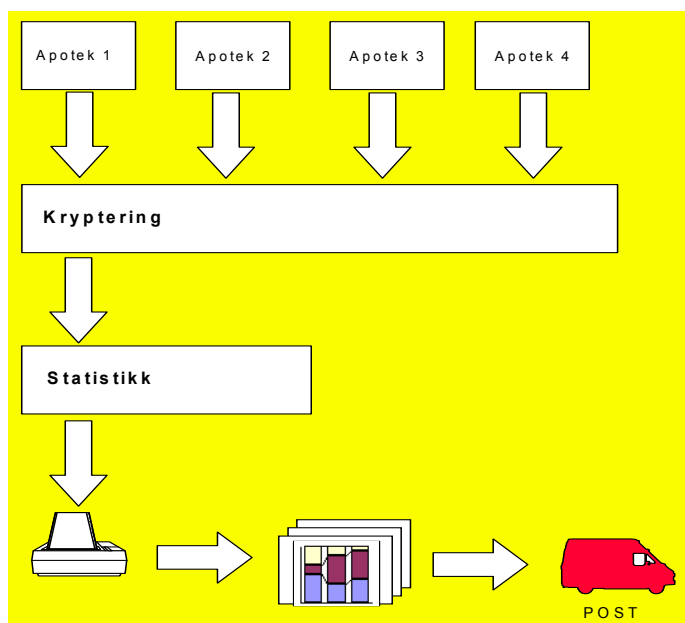
På bakgrunn av den kunnskap vi hadde fått i løpet av prosjektets første fase, ble det klart at det var behov for å hjelpe legene med å se egen praksis i et større perspektiv. Under intervjuene med legene kom det klart frem at deres oversikt over egen praksis var mangelfull. Allmennleger arbeider i stor grad alene, selv der de arbeider i kontor-fellesskap 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 :

DATA INNSAMLINGS SYSTEMET



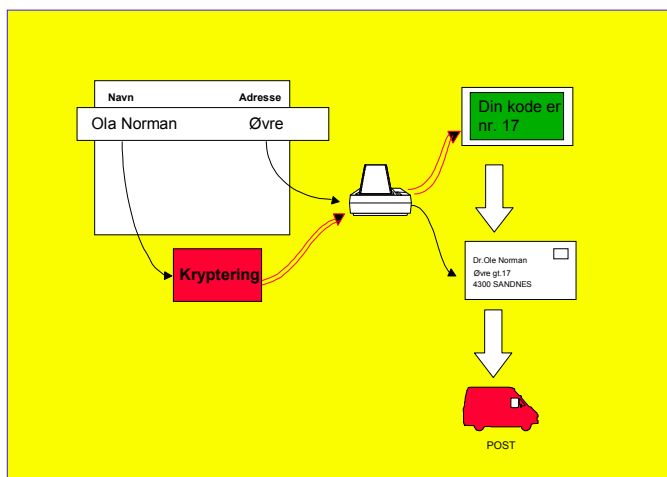
Figur 7.1 System for datainnsamling

- 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 7.2 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 7.2, 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 konvolutt. På denne måten var det bare legen selv som fikk vite hvilken PIN-kode hun / han hadde.

Tilbakemeldingsordninger har vært brukt andre steder⁸. 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.

⁸ ALIS prosjektet og B-PREP mfl.

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.

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 7-1 Fargekoder for forbruk av døgndoser

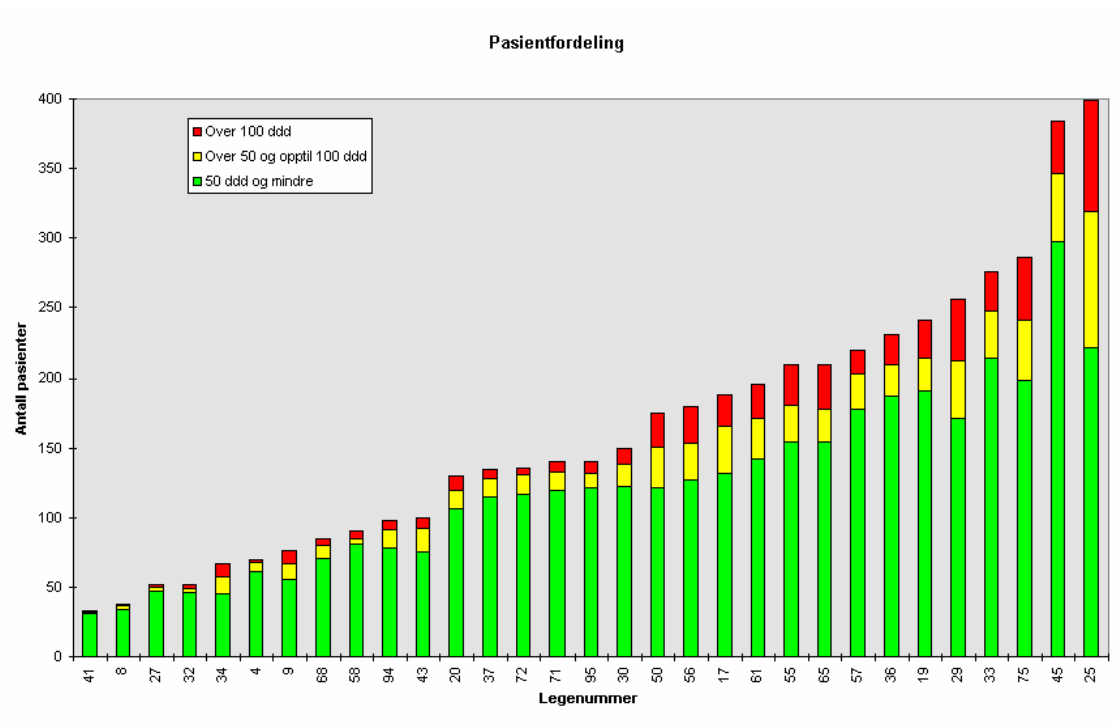
| | | |
|----------------------|--|-------------------|
| Grønt forbruk | Forbruk med akseptabel risiko | inntil 150 ddd/år |
| Gult forbruk. | Bekymringsfullt forbruk | 150 - 300 ddd/år |
| Rødt forbruk. | Sannsynlig avhengighets- skapende forbruk | over 300 ddd/år |

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

Tabell 7-2 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.

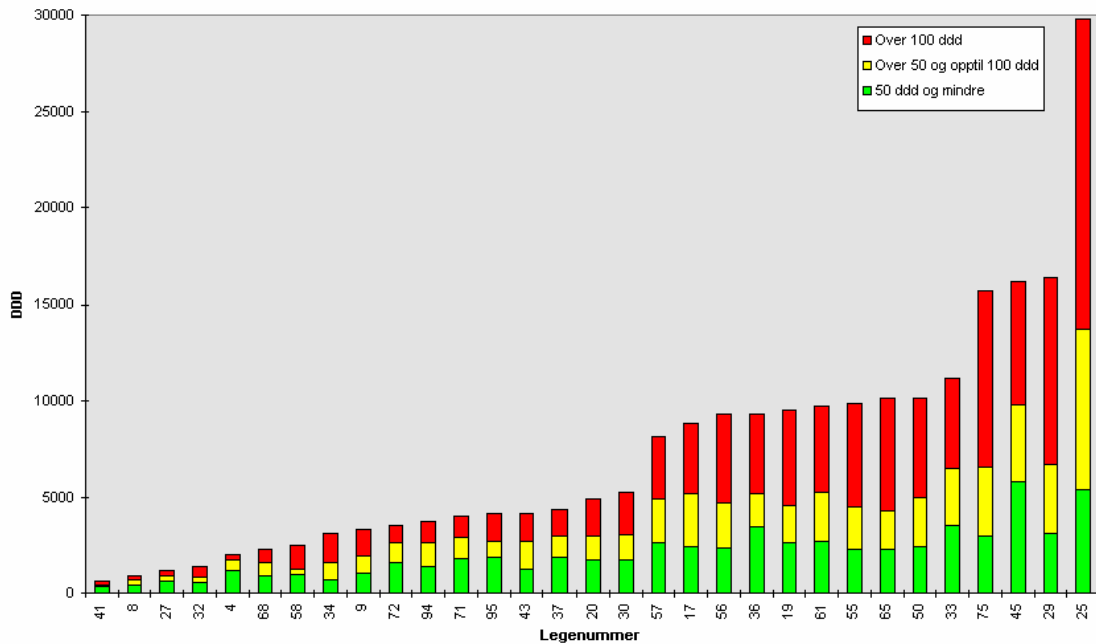


Figur 7.3 Antall pasienter i ulike grupper for ddd hos den enkelte lege

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.

I Figur 7.4 har vi endret y aksens benevnning 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.

DDD fordeling sortert

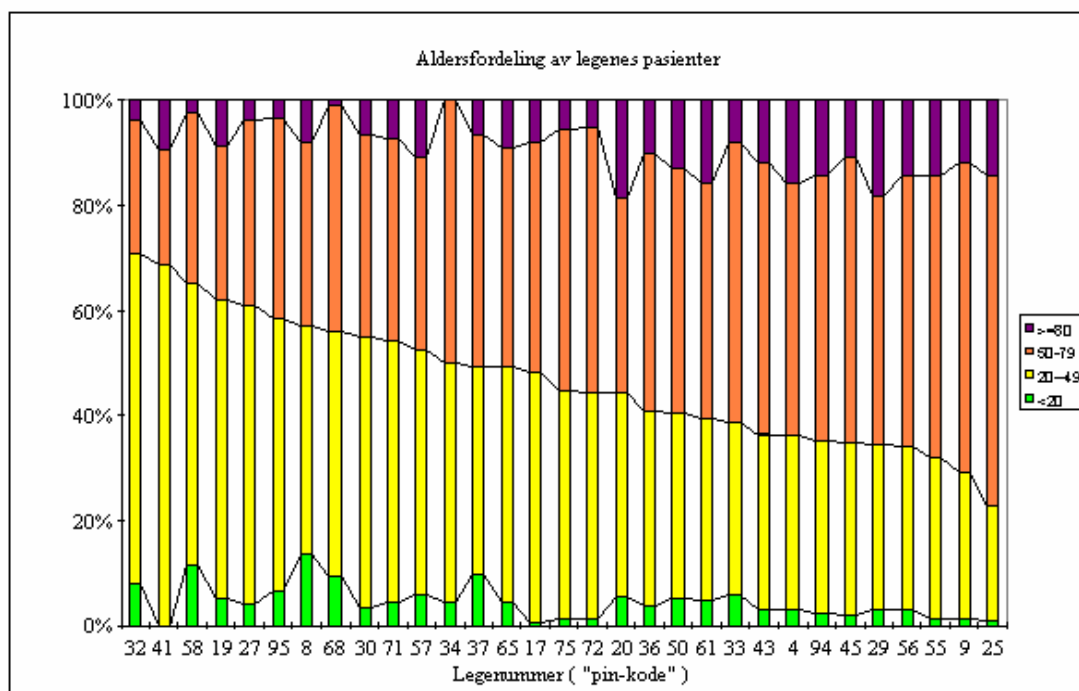


Figur 7.4 Døgndoser forskrevet av den enkelte lege

Vi ser her at selv om de gule og røde pasientene er i klart mindretall fra Figur 7.3 er det de som har fått en overveiende stor del av omsatt volum av disse medikamentene.

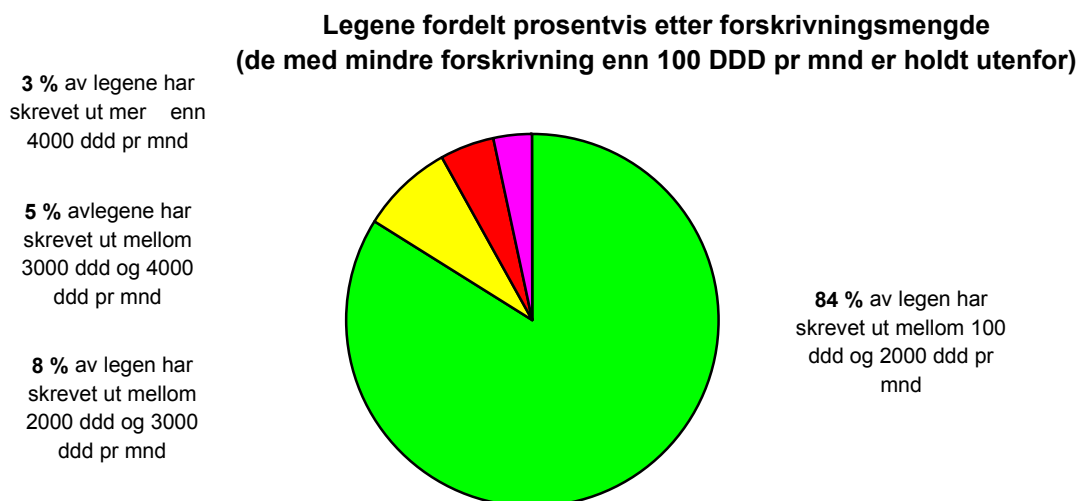
Legene er i sitt arbeid svært individ orienterte. Utfra den dialog vi har hatt med legene i Sandnes og Gjesdal synes Figur 7.3 å gi et godt bilde på hvordan legene selv opplever situasjonen. En betydelig overvekt av pasientene er "grønne" og bruker slike midler på en fornuftig måte slik legen ser det, 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 7.5 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.



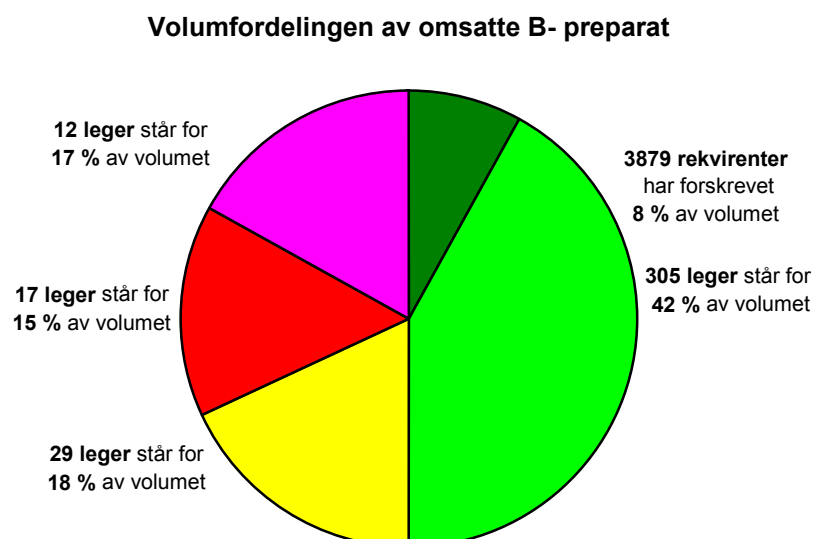
Figur 7.5 Relativ aldersfordeling 0-19, 20-49, 50-79, 80 og eldre hos de enkelte leger

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:



Figur 7.6 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.



Figur 7.7 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 (se kapittel 11)

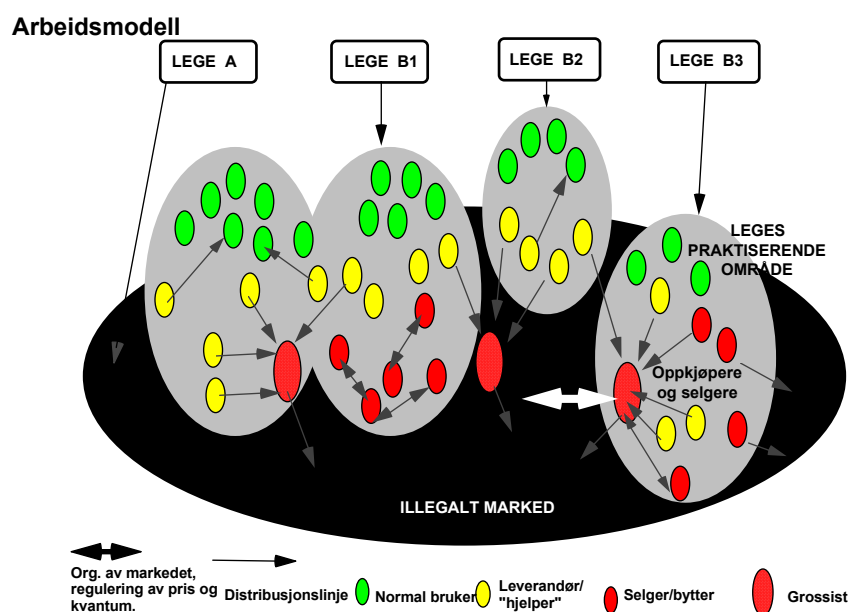
8 "Shopping"- hvordan legemidler kommer på avveie

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 misbrukermiljøet. Utsagnet forteller rimeligvis mer om informantens 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 på 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 distribusjonsskjeden. Denne arbeidsmodellen har fungert som et utgangspunkt når vi har forsøkt å avdekke hvordan legemidler kommer på avveier.



Figur 8.1 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 rødprykkete i figuren.

Vi vil her sannynliggjøre denne arbeidsmodellen gjennom våre intervjudata. Deretter vil vi basert på apotekdata trekke frem noen eksempler på hvordan shoppere opptrer i markedet og vise sammenhenger mellom legenes forskrivning og shopperens utbytte av b-preparater.

8.1 Hva sier misbrukerne ?

I kapittel 4 ser vi av livsløpshistoriene at Patty, Bente, Venke og Magnar er eksempler på misbrukere som fikk legemidler fra egen lege i første omgang. De som utvikler avhengighet til legemidler får ofte behov for stadig større doser. Mange vil etterhvert få problemer med å få nok medisiner fra sin faste lege. De vil finne andre metoder for å få tak i mer, hvis de ikke klarer å slutte. En metode er å gå til mer enn én lege samtidig for å få tak i mye medisiner (‘shopping’).

Det ser imidlertid ut til at etablerte misbrukere i liten grad benytter flere leger og apotek samtidig. Et vanlig utsagn blant våre informanter med tilknytning i misbrukermiljø er at “Det var noe man drev med før”. En grunn som informantene ofte oppgir til at dette var noe man “drev med før” er at det var så mye lettere å få medisiner for noen år siden. Da var kontrollen og skepsisen blant leger ikke så stor. All fokuseringen på medikamentmisbruk kan faktisk ha ført til mer restriktive holdninger blant leger. En annen mulighet er at de personene det her er snakk om har fått et stadig mindre tillitsvekkende ytre som innbyr til mer skepsis gjennom årenes løp.

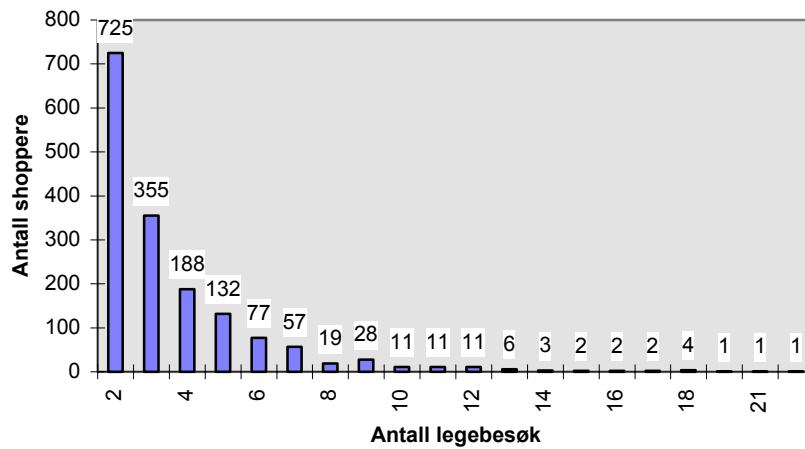
Shopping er likevel en metode som etablerte misbrukere innrømmer å ha benyttet seg av i en viss periode av sin karriere, frem til noen avslørte dem som misbrukere. En betydelig del av shoppingen foretas av personer som født inn i slektsforetak som driver profesjonell doktor-shopping. En vanlig oppfatning blant synlige misbrukere er imidlertid at det lønner seg å være så 'ærlige' som mulig overfor en fast lege som de får medisiner av regelmessig. Medisinene man selv får gjennom legen er sjelden tilstrekkelig for å dekke behovet. Men på denne måten har de i hvert fall en rimelig trygg tilførsel på rus en 4-5 dager 1-2 ganger i måneden. Dette gir et pusterom i en ellers stresset hverdag. Benyttes flere leger og apotek samtidig kan man bli avslørt. Straffen for dette kan være at ingen leger vi ha en som pasient. Dermed risikerer man å miste den knappe, men regelmessige tilførselen av tablett.

Vi har altså grunn til å tro at medikamentavhengige personer bare går til flere leger og benytter flere apotek så lenge deres problem ikke er avslørt for omverdenen. Vi stiller oss dermed spørsmålet om det kanskje er personer som selv ikke er avhengige som utgjør dagens forsyningskilde til det illegale marked. Det vil si personer som får medikamenter for å tjene penger på dette. De kan få medikamenter hos bare én lege eller de kan shoppe. Våre informanter understreket at eldre pilleselgere hadde åpenbare økonomiske motiv for sitt pillesalg (jfr. kap 9). I tillegg kom det også frem at eldre, gjerne syke mennesker hadde et sosialt motiv for å selge piller. På denne måten fikk de kontakt og kunne opprettholde kontakt med folk. Eksempelvis 'hjelper' eldre mennesker sine barn, barnebarn, nevøer og nieser ved å gi dem legemidler. Det er her relevant å stille seg spørsmål om de eldre i slike tilfeller blir manipulert av de yngre (jfr. Magnar).

8.2 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.

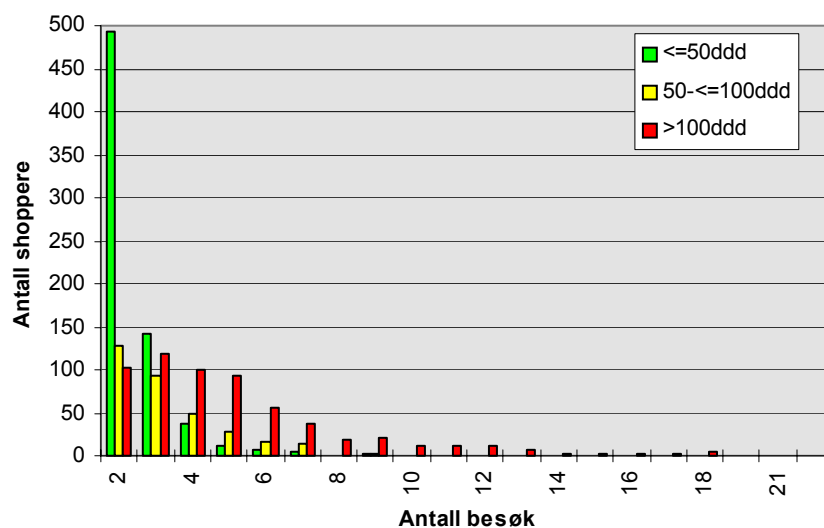
De fleste av shopperne er mellom 40 og 80 år, men også yngre og eldre aldersgrupper er representert. 911 pasienter bruker minst 3 leger, og 566 til minst 4 leger. Vi mener at de som har vært til 4 leger eller flere i Sandnes / Gjesdal i hvert fall kan sies å være reelle shoppere.



Figur 8.2 Legebesøkstatistikk

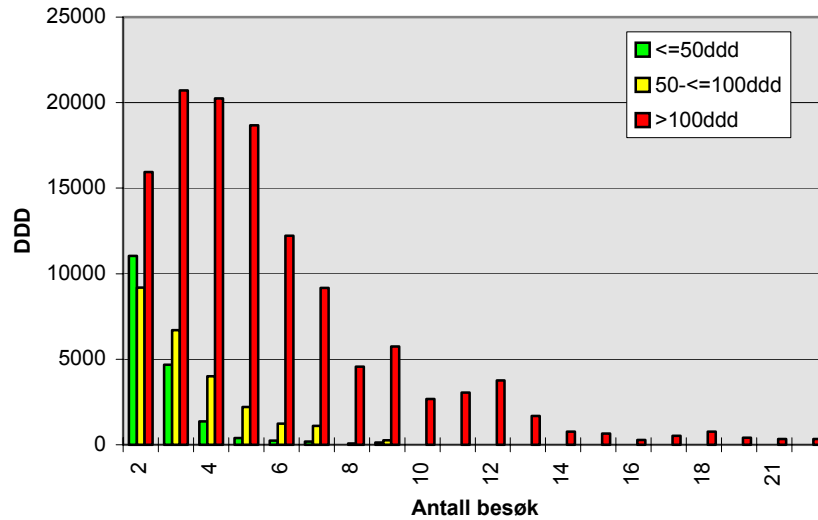
Nesten halvparten av shopperne har bare 2 legebesøk i løpet av perioden på 4 måneder. (Figur 8.2) 500 av disse er grønne, mens ca. 120 er gule og 100 røde (Figur 8.3). Selv om de røde er relativt få i 2-besøksgruppen, er det likevel disse som får mest medikamenter (Figur 8.4).

Legebesøk adferd



Figur 8.3 viser antall shoppere vs antall besøk fordelt med hvor mange som får dose innenfor hver sone grønn, gul, rød.

Legebesøk adferd



Figur 8.4 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 8.3) 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 8.3) 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.

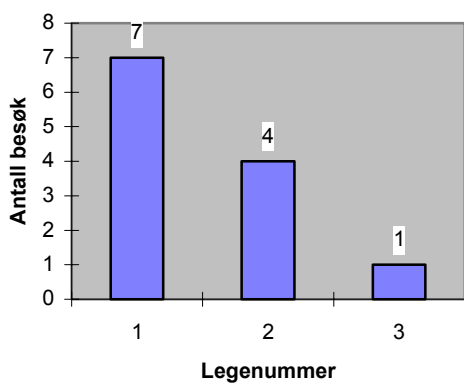
8.2.1 Shoppemønstre

Vi har fulgt shopperne 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.

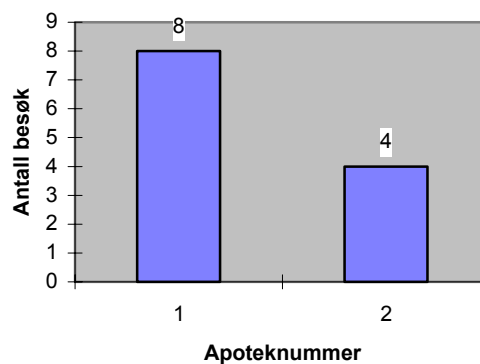
Pasienten som fikk mest

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 preprat. 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.



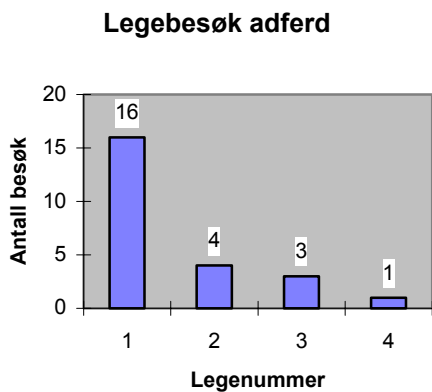
Figur 8.5 Shopperen som fikk mest, fordelt på leger



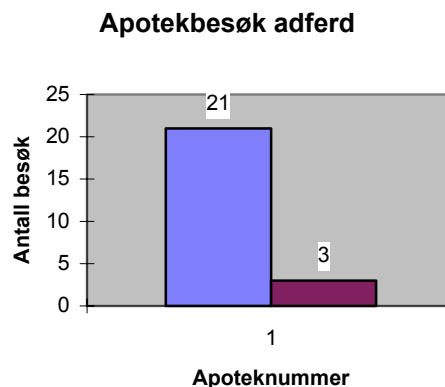
Figur 8.6 Shopperen som fikk mest, fordelt på apotekbesøk

De 3 som hadde flest legebesøk

Pasient 1 er ca. 50 år gammel. Fra 24 legebesøk 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.

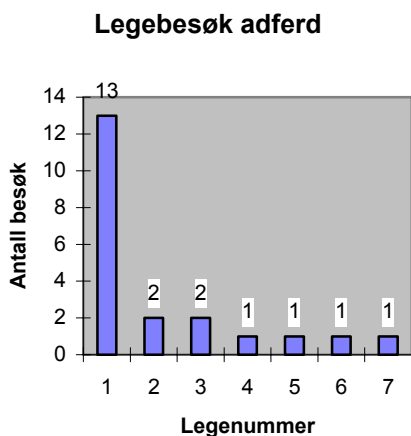


Figur 8.7

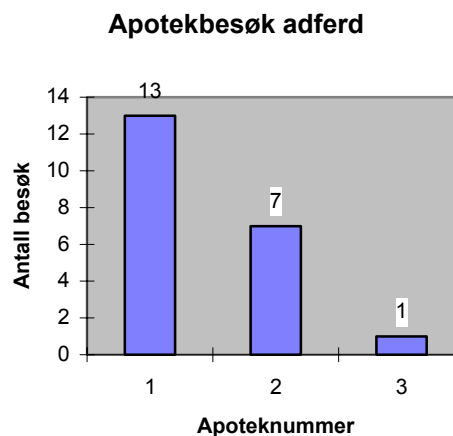


Figur 8.8

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.

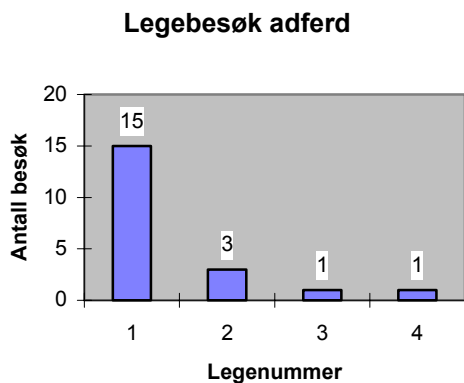


Figur 8.9

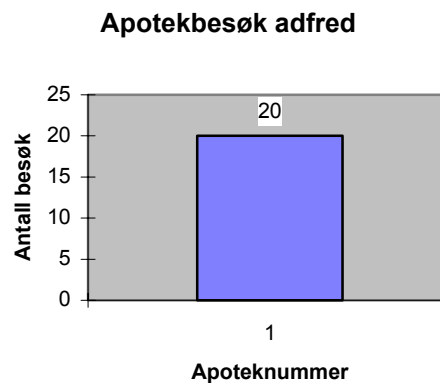


Figur 8.10

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 8.11



Figur 8.12

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.

8.2.2 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 registreringsperiode 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.

8.3 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 'motbevise' 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 8.1.

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.

9 Illegal omsetning av legemidler

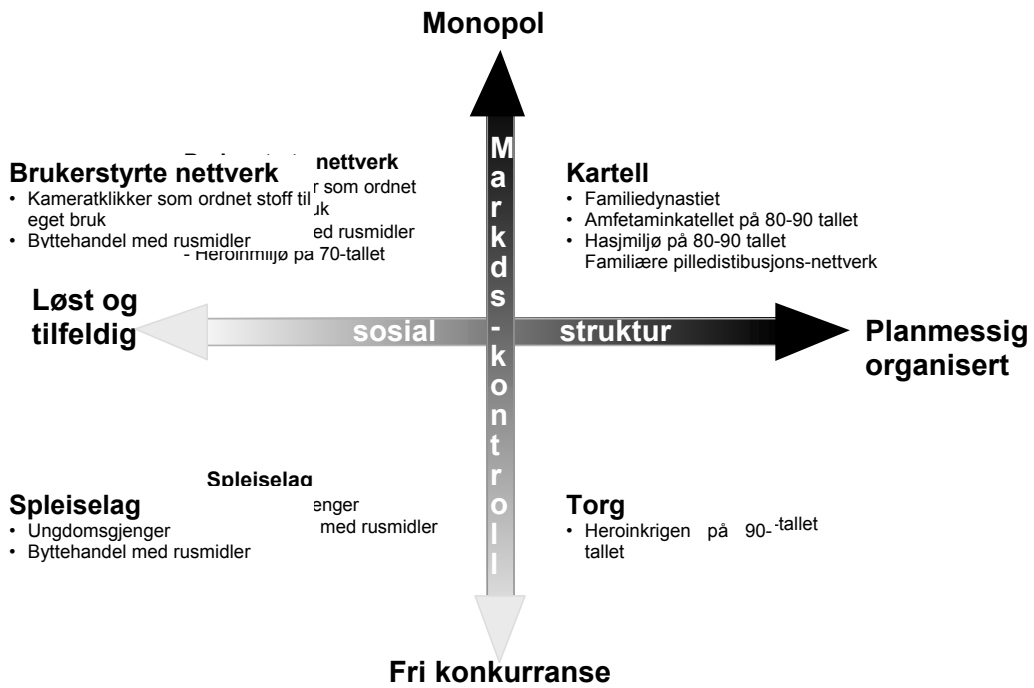
Av Marie Smith-Solbakken, Else M. Tunglund og Ragnhild Wiik

Vi vet fra tidligere prosjekter at legemidlene skifter eiere på ulike steder og at handelen er basert på tillit og kjennskap. De som kjenner hverandre selger/kjøper/bytter ofte piller i private hjem, alminnelige kaféer og på jernbanestasjoner og handlesenter. (Smith-Solbakken, 1995, Smith-Solbakken og Tunglund, 1997).

I Sandnes har vi sett at en del pilleomsetningen skjer på byens rutebilstasjon ('Ruten'), på kaféer gjerne på formiddagen, i private hjem og i nærheten av spillehaller/spillelokaler. Folk som deltar i illegal omsetning av legemidler og stoff manøvrerer i stor grad på basis av intuisjon. "En får erfaring, og vet etterhvert hvem en kan ta kontakt med", sa en av våre informanter. Et gjennomgående trekk ved de pilletransaksjonene vi observerte var at det var helst yngre mennesker som kjøpte tabletter av eldre mennesker. Vi har også sett at jevnaldrende misbrukere har byttet piller med hverandre. En av våre informanter har fortalt at han har kjøpt Dolcontin av kreftpasienter i kantinen på sykehuset.

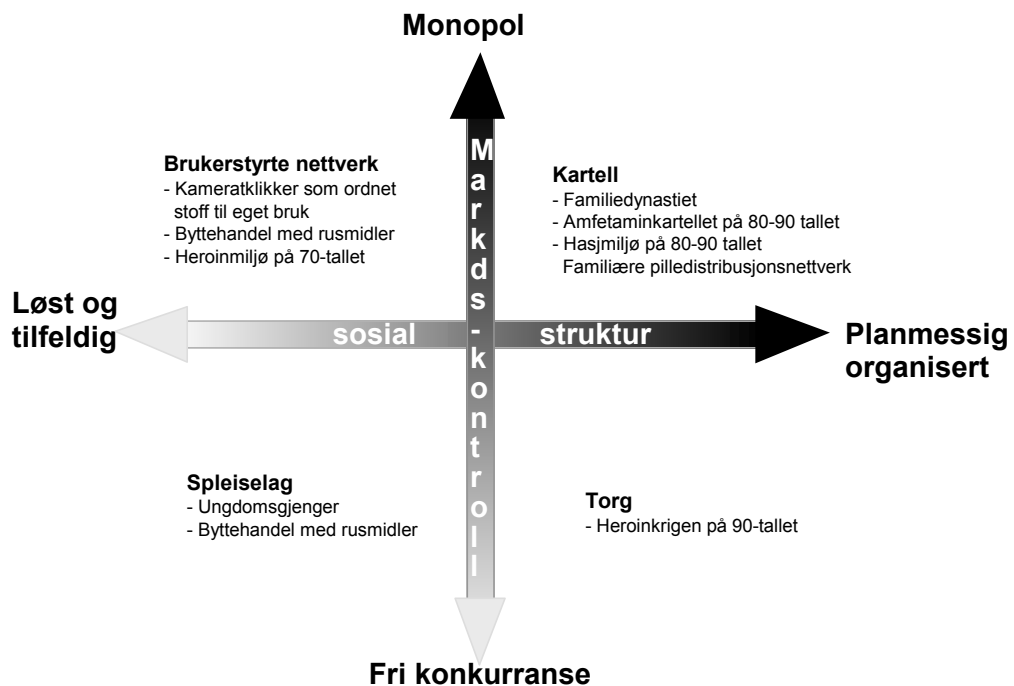
Pillemarkedet kan i første omgang fortone seg temmelig kaotisk, men det er likevel mulig å øyne en viss systematikk. Økonomisk virksomhet kan generelt beskrives langs to dimensjoner, grad av markeds kontroll og grad av sosial struktur. Dette gjelder også for omsetning av piller. I dette markedet hersker det også en grad av markeds kontroll og handelen er også underlagt en viss sosial struktur. Grad av markeds kontroll kan beskrives slik som det vanligvis gjøres i økonomisk teori med *monopol* og *frikonkurranse* som ytterpunkter. Langs dimensjonen grad sosial struktur vil på den ene siden *det løse og tilfeldige*, og på den andre siden *det planmessige og godt organiserte* system med klare definerte arbeidsoppgaver danne ytterpunkter.

I tidligere studier (Smith-Solbakken og Tunglund, 1997) har vi gruppert omsetning av rusmidler i 4 hovedkategorier som beskrevet i Figur 9.1, se neste side. Denne modellen har vi også brukt i vår analyse av illegal legemiddelomsetning.



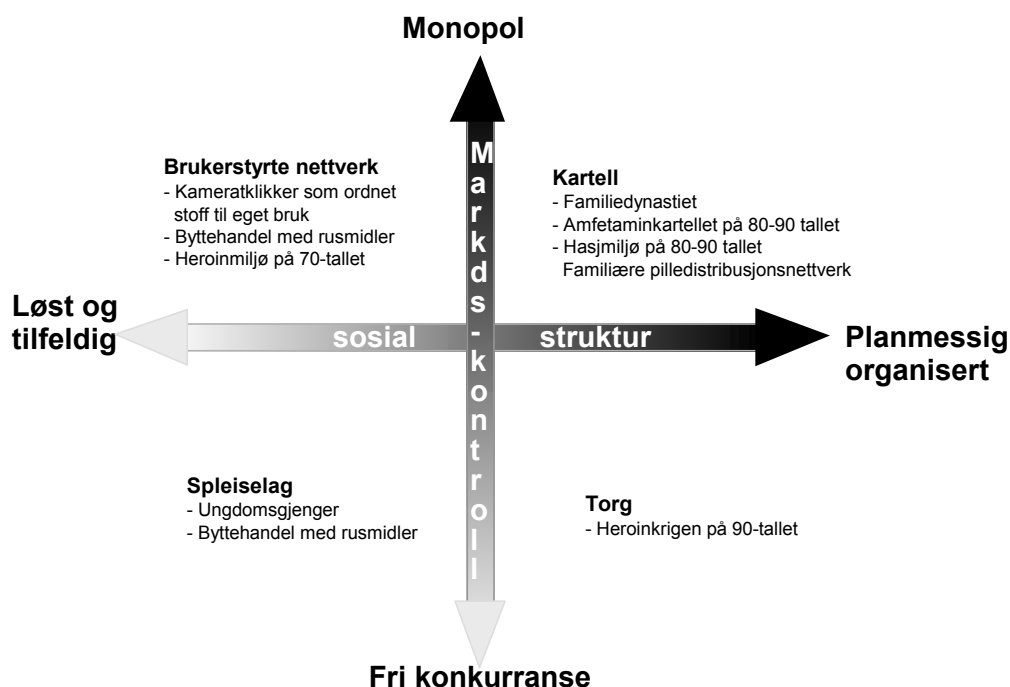
Figur 9.1 Ulike driftsmodeller for illegale rusmidler

Brukerstyrte nettverk (rubrikk 1 i



Figur 9.1) har i prinsippet en høy grad av markedskontroll siden deltakerne i fellesskap sørger for distribusjon og ordner stoff til eget forbruk. Det fungerer som et slags lukket system, et samvirkelag, hvor hensikten med en slik organisering først og fremst er å dekke eget forbruk av stoff på den mest hensiktsmessige og billigste måten. Derimot har de en ganske løs og tilfeldig organisering. Det kan bero på tilfeldigheter hvem som smugler og skaffer stoffet til veie, hvem som samler inn pengene, hvem som pusjer det ut og hvem som bytter. Dessuten er det hele tiden ev viss utskifting av folk. Vi har funnet flere eksempler på denne type omsetningssystemet innenfor pillemarkedet.

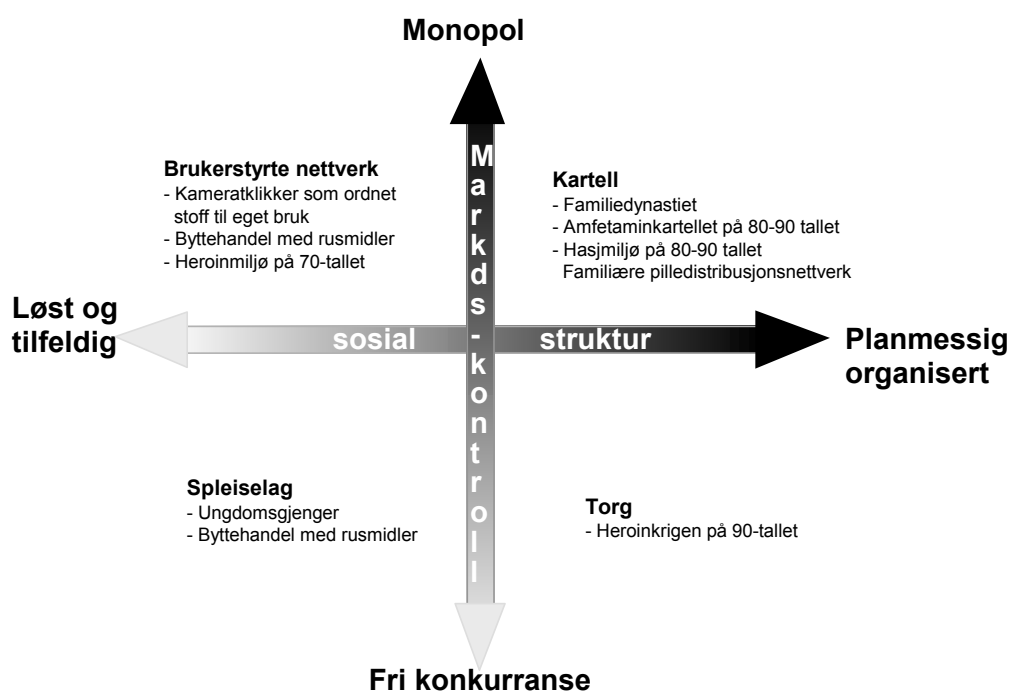
Kartell og butikker (rubrikk 2 i



Figur 9.1) har tilstrebet seg en meget høy grad av markedskontroll gjennom en funksjonell og instrumentell organisering av markedet. Hensikten ved kartellvirksomhet er at flere miljøer heller fordeler markedsandeler og samordner priser i stedet for å konkurrere mot hverandre. En slik organisering sikrer miljøer mot å marginaliseres eller i verste fall raderes ut av markedet. Vi vet ennå ikke om pillebutikkene vi har identifisert samarbeider på denne måten og er tilsvarende velorganisert.

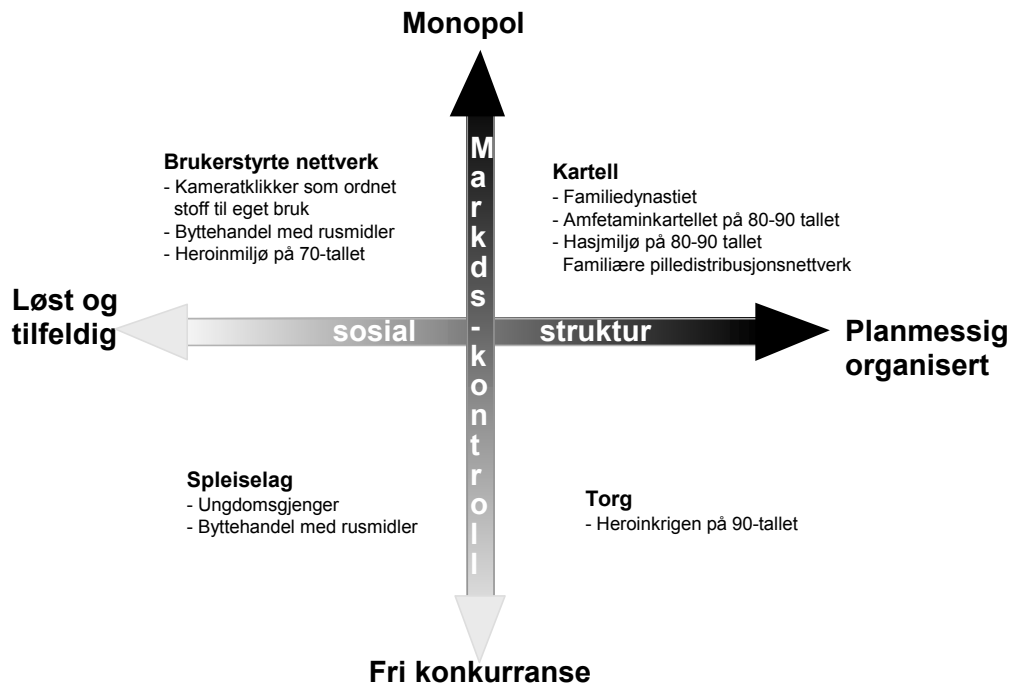
Spontane hendelser og tilfeldige spleiselag (rubrikk 3 i Figur 9.1) er en enkel og utbredt form for økonomisk virksomhet. Innenfor rusøkonomien har vi sett tilfeller av at ungdomsgjenger organiserer seg som spleiselag. Her går aktørene sammen - på ad hoc basis og spleiser og gjør felles innkjøp av stoff. Hvor mye, hvem som skal handle og hvem som blir med bestemmes underveis. Spleiselaget har en ganske perifer tilknytning til narkomiljøet. De har en ganske perifer tilknytning til rusøkonomien. Vi har også sett denne formen for omsetning av piller i Sandnes.

Torget (rubrikk 4 i



Figur 9.1) eller torghandelen er i prinsippet arenaen hvor markedskreftenes frie spill får sitt utløp. Markedet består av en rekke aktører som driver profesjonelt og konkurrerer med hverandre om markedsandeler og om å tiltrekke seg flest mulig kunder. I stofføkonomien har vi 1990-årene sett klare tendenser av at profesjonelle miljøer slåss mot hverandre, spesielt gjelder dette heroinomsetningen. Innenfor de illegale pillemarkedet har vi ikke funnet noen eksempler på at tilbyderene konkurrerer mot hverandre om markedsandeler og kunder som er et trekk ved den tradisjonelle torghandelen.

Vi vil under presentere noen omsetningssystemer slik informantene har beskrevet dem, og relatert det til



Figur 9.1. Det er i tillegg listet opp en rekke ulike eksempler på omsetningssystemer (liten skrift) som vi hørte om og observert under prosjektet. Disse eksemplene er kun ment som et dokumentasjonsgrunnlag, og er ikke nødvendig å lese, for helhetsinntrykket.

9.1.1 Spontane hendelser

En del omsetning og bruk av piller må betraktes som spontane hendelser. Eksempelvis at ungdom tester ut nye rusmidler der legemidler bare er en del av bildet. Disse ungdommene skaffer seg gjerne legemidler gjennom nasking fra foreldre og besteforeldre eller ved at de gjør noen tilfeldige kjøp. Noe av kjøp- og salgsvirksomheten av legemidler har et klart usystematisk preg hvor det ikke er etablert faste relasjoner mellom kjøper og selger. Nedenfor følger noen eksempler på usystematiske transaksjoner:

Med Truls og Trine på byen

Vi sitter på en kafé med Truls og Trine. Trine gjør oss oppmerksom på en middelaldrende mann innerst i hjørnet. Han sitter alene, er allminnelig antrukket, blar litt i en avis mens han drikker kaffe. “Han selger piller”, sier Trine. Innen et kvarters tid rusler det en mann i 30 års alderen bort til mannen. “Det er ‘Poffen’, skikkelig ‘hypp’ på piller, sier Truls. Det uveksler noen ord, så reiser Poffen seg og går. “Sånt er det skjer”, sier Truls. “De trenger ikke ha avtalt noe på forhånd”, sier Trine. “For han der selger til alle, de som gir mest – sånn er de....”.

Med Taurus på by'n

Vi var med Taurus på besøk hos noen venner en ettermiddag. I stuen var det to menn i 40 års alderen, en dame mellom 40 og 50 år og to store blandingshunder. Morten Harkets siste låt "Spanish step" ljet høyt på stereoanlegget. Den ene mannen fortalte at han hadde kjøpt CD'en på Gauken for 30,-kr tidligere på dagen, og skrudde opp lyden ytterligere. Den andre mannen og damen kranglet om hvordan de skulle fikse støvsugeren. Hun beskyldte han for å bare fomle og at støvsugeren kom til å ødelegges, mens han ropte og ba henne slutte å gnåle. Innimellom klaget hun på at hun hadde så "jævla vondt i hodet". På salongbordet stod det et pilleglass (50 Pf) og noen tomme ølflasker. Veggene var prydet med masse forskjellige kniver og brusopptrekkere i all slags størrelser og fasonger. Den andre mannen satte seg ned og pratet litt med oss, og fortalte kort at politet hadde kjørt frem og tilbake foran huset i dag, mens han gjenntatte ganger kastet blikket ut av vinduet.

Taurus gjør tegn til oss at vi skal gå. Når vi kom ut forklarte han at det ikke var noe å "hale" der, bare "stress". Vi rusler så ned på Ruten. Der treffer Taurus noen kjenninger. Han blir en stund stående å snakke med en eldre gutt som ler og skøyer. Han klapper Taurus kameratslig på skulderen, idet vi sier går. Taurus forteller at nå er vi på vei hjem til ei gammel dame, mora til kameraten som han nettopp snakket med. Han gjentar igjen, sikkert for femte gang, at han selv er tom for piller og at han ikke får noe mer før i slutten av uka. Av kameraten, som han nettopp pratet med, har han fått vite at mora hans sikkert har noen Paralgin forte til overs. Da klarer han seg til han skal til legen og få sin faste medisin. Egentlig hadde han bestemt seg for å holde seg disse siste dagene, og ikke bruke de siste pengene på piller. Det hadde han lovet samboeren sin. Taurus ringer på og vi står ved siden av. En dame i 70 års alderen lukker opp. Taurus spør om å få komme inn. Hun spør hvem vi er. Taurus forklarer at vi er forskere som forsker på pillemisbruk. Damen sier at hun har besøk, og at vi ikke kan komme inn, men henvender seg til Taurus og sier at han kan komme igjen senere.

Taurus protesterer litt, men den gamle damen holder på sitt. Taurus sier til oss etterpå at han er helt sikker på at hun ikke hadde besøk, men at hun ble redd for hvem vi var. Vi går ned til byen igjen og setter oss på en kafè, i mens går Taurus tilbake til den gamle damen. Etter en times tid kommer han tilbake igjen. Han har med seg 11 Paralgin forte pakket inn i noe plastikk som han trekker opp av lommen sin og viser oss. Han forteller at han nettopp har kjøpt 15 stykker for 150 kroner og at han allerede har spist 4 av dem, og at han føler seg mye bedre nå. Taurus forteller at han sjelden kjøper piller av henne, for det er så mange andre hun selger til.

Jomfruelig eksperimentering

Under et prosjektarbeid om legemiddelmisbruk i 2. trinn på videregående skole fortalte 17-åringene under diskusjonen at de visste om personer som ruset seg på legemidler. 5 av 17 hadde vært tilstede på fester hvor det var blitt misbrukt legemidler. Et eksempel herfra var Rohypnol blandet med sprit. De oppgav at grunnen til at det var blitt så populært å eksperimentere med legemidler, var fordi det var billig og gav en spennende rus. En elev i klassen sa at han hadde prøvd Paracetol i alkohol. "Det gav ingen effekt."

Nasking fra mors pilleglass

En av de første gangene Ole forsøkte å ruse seg på piller var mens han gikk på ungdomsskolen. Han og noen kamerater oppholdt seg i et skur utenfor et ungdomssenter mens de drakk øl. En av guttene hadde "rappet" noen valium av moren. De knuste valiumet og helte den oppi ølet og skylte det fort ned. Ole forteller det var en god rus og at de ble så myke i kroppen.

Nasking fra legekoffert og katastrofeskrin

En av våre informanter har fortalt at han og kameratene i tenårene nasket medisin fra foreldrenes medisinskap, legekoffert og/eller katastrofeskrin. De var tre gutter som holdt sammen og hadde foreldre som arbeidet innenfor helsevesen og forsvaret. Vanligvis tok de bare noen få tabletter til helgen som de brukte til å ruse seg på. En gang hadde de forsynt seg med morfinampuller. Dette ble oppdaget av den ene av foreldrene, og naskingen tok slutt fra da av.

Den nesten tørrlagte alkoholikeren

Peder er i 70-årsalderen. Han betrakter seg selv som nesten tørrlagt alkoholiker. Han har vært operert for kreft, og plages med smerter og søvnproblemer. Han holder seg til en lege fast, og får jevnlig Aporex og Rohypnol av denne legen. Medisinen bruker han stort sett selv, men det hender at han gir vekk noen Aporex til en gammel svirebror for gammelt vennskaps skyld. Men - når han tar seg en "fyllekule" en til to ganger i året, da selger eller bytter han vekk medisinen for å ha råd til å drikke. Da bytter han Aporex i hjemmebrent med en kompis som "brenner". Likeså har han solgt Aporex til noen "narkomane" som alltid går og maser på han. Bare noen få ganger har han solgt Rohypnol til dem. Peder sier at han kjenner to stykker på sin egen alder som selger pillene sine jevnlig til narkomane. Dette tar Peder sterk avstand fra. Han sier de er pengegriske, mens han selv gjør det bare av og til fordi han må ha penger til brennevin, ikke for å flutte seg som de andre

I denne studien har vi ikke registrert noen eksempler på at gjenger spleiser på piller og går til felles innkjøp. Derimot har vi registrert at pillebruk og pilledebut gjerne har et tilfeldig preg.

9.2 Byttehandling

En ikke ubetydelig del av pilledistribusjonen foregår i brukerstyrte nettverk, det vi populært har kalt 'frimerkeklubben'. Disse 'frimerkeklubbene' er basert på en bytteøkonomi, hvor de personlige relasjonene mellom brukerne er den opprettholdende kraften i distribusjonen av pillene. Virksomheten er ikke spesielt velorganisert og har ofte et tilfeldig og ustabilt preg. Her byttes piller, stoff og tjenester om hverandre internt mellom deltakere i rusmiljøet. For eksempel byttes piller mot alkohol eller omvent.

En informant visste om 10-20 hjemmebrennerier i hjembyen. Her ble det produsert fra 20-50 liter per brenneri i uken. I noen av disse hjemmebrenneriene var piller gangbar "mynt" som betaling for brennevinet. Imidlertid er det viktig å fremheve at "byttehandlerne" til sammen har en viss markeds kontroll, i det de kollektivt besitter ganske store kvanta stoff og piller. Det utvikles normer for akseptable priser og hvordan "byttehandlerne" kan opptre i markedet. Dette vil vi beskrive gjennom noen utvalgte eksempler.

Piller mot piller

Patty hadde gjennomført en mageoperasjon for et par år siden. Etter operasjonen har hun fått Paralgin forte for “påståtte” smerter. Hun får 100 Pf i måneden. Hun får også 100 Stesolid for angst og av og til en minstepakning Rohypnol for søvnproblemer. Patty er ikke interessert i Paralgin forte. “Dop er ikke rusen for meg. Jeg trenger speed for å holde meg på beina, og stesolid og “rypper” er gode å speede på”. Patty bruker også amfetamin. Tommy derimot foretrekker Paralgin forte, men han synes selv at han ikke får tilstrekkelig av legen sin. I tillegg til Paralgin forte får Tommy Stesolid og sovetabletter. Patty og Tommy har derfor ut fra et gjensidig nyttehensyn avtalt å bytte medisinen med hverandre. Patty får Tommy sin Stesolid og sovetabletter, mens Tommy får Patty sine Paralgin forte. De bytter jevnt. (Paralgin forte =Stesolid =Rohypnol). Denne bytterelasjonen har pågått i to år.

Vennetjenester

Han får Dolcontintabletter à 60 mg av to personer som lider av kroniske sykdommer. Han bytter til seg pillene eller gjør motytelser for å få dem. Eksempler på byttemidler/ motytelser er sigaretter eller hjelp med husarbeid (støvsuging, innkjøp osv.). Han sier selv: “Egentlig verken kjøper eller selger jeg stoff. Penger utveksles ikke. Det er snakk om å hjelpe en venn. Det er snakk om byttehandel.”

Trekanten

Stine kjenner en “gamling som får ganske mye stesolid og rypper”. I følge Stine er han fast pasient hos minst to leger. Det har hun sett på medisinpakningen. Stine har også en kompis som alltid besitter en viss beholdning av amfetamin og hjemmembrent. Selv bruker Stine både amfetamin og piller, dvs. helst Stesolid og Rohypnol. Stine får tilstrekkelig med piller av legen sin. Det er sjelden hun kjøper selv. Derimot kan det nok hende at hun bruker piller som betalingsmiddel for andre typer rusmidler som hasj og amfetamin. Gamlingen som bare Stine kjenner, vil ha sprit, mens kompisen hennes vil ha Stesolid. Disse kontaktene utnytter Stine til å finansiere eget rusbruk. Gamlingen og kompisen kjenner ikke til hverandre, men ved hjelp av Stine som mellomledd blir deres varer byttet mot hverandre. For denne tjenesten beregner hun seg en viss fortjeneste. Stine ordner det slik at hun skaffer gamlingen sprit ved han betaler henne en passe mengde Stesolid. Hun går så til kompisen med Stesolid og får sprit og amfetamin igjen. Spriten leverer hun til gamlingen. Amfetaminen beholder hun selv. “Det er mitt, det skal jeg ha for å deale”, sier hun.

Mors lille metadonprosjekt

I denne virksomheten gjør første og andre generasjon felles anstrengelser for å skaffe til veie stoff. I dette tilfelle er sønnen heroinist. Han har sonet flere straffer og har hatt lengre opphold ved diverse behandlingsinstitusjoner. Etter hvert har moren erkjent at det er urealistisk å tro på at sønnen vil slutte med heroin. Sønnen er også “drittlei” av å drive med innbrudd, biltjuveri og butikknasking. Med sønnens store kontaktflate i rusmiljøet byr det ikke på problemer å få høyt etterspurte piller omsatt. De ordner det slik at moren gir sønnen piller hun har fått av legene sine og piller som hun kjøper opp av slektninger og venninner. Disse pillene selger så sønnen videre til sine bekjente i rusmiljøet og skaffer seg på den måten midler til heroin. I noen tilfeller bytter han også piller direkte mot heroin. Både mor og sønn er så langt rimelig tilfreds med tilværelsen. Mor ønsker å ha sønnen hjemme og strekker seg langt for å unngå at han har det “grusomt” og at han begynner med innbrudd igjen. Hun forteller at hun er glad i sønnen sin og at det er derfor hun gjør det. Det eneste som holder sønnen hennes “sånn noenlunde frisk” er stoff. På denne måten rasjonaliserer og forklarer hun hvorfor hun driver med doktorshopping og illegalt salg av piller.

Utro tjenere i helsevesenet

Hvor reellt dette er eller hvilket omfang det har *vet vi ikke*, men vi er blitt fortalt fra flere steder, historier om utro tjenere i helsevesenet. Som eksempler kan vi nevne en sykehuslege som skrev ut resepter i bytte med sportsutstyr, eller historien om en narkoman som forsynte legen med kokain mens han selv fikk tilbake morfin. Fra flere hold har vi hørt at en lege har byttet sex mot piller og resepter. Vi har også mottatt et anonymt brev hvor det er fortalt om at ansatte innen helsevesenet stjeler og videreformidler medisiner til narkomane. Til slutt kan vi nevne en historie hvor ”kontraktpasienter” fikk forskrevet meget store doser med psykoaktive legemidler. Avtalen med legen var at pasientene skulle løse inn medisinen for deretter levere en avtalt mengde tilbake til legen. Etter ryktene var legen ”hekta” på piller selv. Denne historien har vi hørt fra flere informanter, men historien skal ligge år tilbake.

Vi vil fremheve at vi ikke kan gå god for sannhetsgraden i disse historiene. Det eneste vi kan si om fenomenet er at slike historier eksisterer i rusmiljøet.

Piller mot julepresanger

I den leiligheten vi er i henger det nytt pent barnetøy over en stol. Vi spør om de har barn. De svarer at det har de ikke. Vi blir noe undrende over hva de skal med alt barnetøyet da. De forklarer at barnetøy oppunder jul er ”greie ting å bytte med piller”. De forteller at de har to eldre damer som mer enn gjerne tar i mot barnetøy i bestemte størrelser mot at de får piller igjen. De trekker på skuldrene og sier ”Det er greiere dette, det er billigere å betale med stjalne klær”. Vanligvis kjøper de piller for en tusenlapp i måneden av hver av damene, men av og til kan de bli enige om å betale pillene med varer som de stjeler i butikker. ”De gamle er så kjipe og de er helt med på å ordne billige julepakker”, sier våre to informanter.

Byttehandel innenfor rusøkonomien er en vanlig omsetningsform. Denne type transaksjoner styrkes også ved at rusøkonomien er basert på et naturalhusholdsystem, der man bytter vare mot vare.

9.2.1 ”Butikker”

Gjennom andre studier har vi sett at distribusjon av amfetamin og hasj periodevis har vært organisert gjennom kartellvirksomhet - hvor noen få miljø har tilegnet seg en dominerende markedsposisjon gjennom å samordne virksomhetene (Smith-Solbakken og Tunland, 1997). Når det gjelder illegal distribusjon av piller har vi ikke kunnet påvise at det finnes pille-konstellasjoner som direkte samarbeider med hverandre om priser og fordeler markedsandeler seg i mellom. Imidlertid har vi påvist at det eksisterer noen få ganske veldrevne ”butikker” i pillemarkedet, men vi har verken kunnet påvise at de konkurrerer eller samarbeider. Under vil vi beskrive noen pillebutikker. Her finner vi to kategorier pillebutikker; de mer profesjonelle pillebutikkene med flere delaktige og på de såkalte enmannsbutikkene.

9.2.2 Profesjonelle familiebutikker med mange involverte

Vi har registrert at det finnes noen få velorganiserte nettverk som har opparbeidet seg høy grad av markeds kontroll i det illegale pillemarkedet. Vi har også festet oss ved at noen pillebutikker i tillegg til å drive med pillesalg også driver med forskjellig annen småkriminalitet, eksempelvis hjemmebrenning og helerivirksomhet. For det andre har vi merket oss at *familien* og spesielt samspillet mellom generasjoner, spiller en meget viktig rolle innenfor pillebutikkene. Vi har hørt om tre ulike slektsforetak som har spesialisert seg på illegalt salg av piller og som i tillegg driver med annen småkriminalitet. Vi har sett at slektskap bidrar sitt til at disse nettverkene vedlikeholdes og reproduseres. Familien som en integrerende funksjon i illegale omsetningssystemer har vi også registrert i andre studier (Smith-Solbakken, Tunglund 1997).

Innenfor disse slektsforetakene som vil beskrives nedenunder, hvor to til tre generasjoner kan være involvert samtidig, er det vanligvis de eldste som besitter tronen. Et tredje interessant trekk ved pilledistribusjonen er *kvinnenes* rolle. Mange kvinner spiller dominerende roller i den illegale pilledistribusjonen og innehar nøkkelposisjoner.

Tantene og niesen

Tre søstre fra 78 år til 84 år selger pillene sine til sin niese. Disse tre gamle damene får i følge niesen rikelig med medisiner. Den ene får smertestillende pga. en slitasjeskade hun har pådratt seg, i tillegg til sovetabletter. De to andre får medisiner for søvnproblemer og angst/uro. Niesen kjøper opp mesteparten av medisinen til tantene sine og selger dem videre til venner og bekjente for dobbel pris. På den måten finansierer niesen eget forbruk.

Matriarkatet

Dette familienettverket omfatter så langt vi kjenner til, fire generasjoner. Ca. 20 familiemedlemmer er involvert. På toppen troner "gamlemor" som er mellom 70 og 80 år. Hun skaffer seg piller ved å være pasient hos diverse leger og ved å kjøpe opp piller av venner og slektninger. Gamlemor har fire barn. Den ene er så redusert etter flere års rusmisbruk at han ikke klarer å skaffe nok rusmidler på egenhånd (piller og alkohol). Han vegeterer på sin mor. De tre andre barna er aktivt med på å skaffe og videreformidle piller. De er også involvert i annen kriminell virksomhet.

Gamlemors nieser, nevøer og barnebarn nyter ingen særfordeler slik hennes ene sønn gjør. De må bytte til seg piller, kjøpe piller eller utføre andre jobber for familien for å få piller.

Vi har hørt fra flere hold at utsalgsprisen på piller fra denne pillebutikken ligger høyere enn vanlig gatepris. Likevel går folk igjen og igjen og kjøper piller her. Dette har nok sammenheng med at familien har et assortert vareutvalg som Rohypnol, Paralgin forte, Stesolid, Mogadon og Dolcontin. Noen av våre informanter tror at familien gjør sine innkjøp av Dolcontin utenbys, Oslo og Kristiansand er nevnt. Familien selger 100 mg Dolcontin for kr 800,- per stk

Storfamilien

Tanter og onkler (2 av hver) på farssiden var involvert i pillebruk og salg. De var i 30-årsalderen da informanten ble innbefattet i systemet. Han var selv i tenårene da. Spesielt en av dem drev stor butikk med hasj og piller. Hun brukte litt sjøl og solgte resten.

"Først fikk jeg, deretter kjøpte jeg av tanten min". Tantene kjøpte piller av andre for så å selge videre. Informanten overtok tantens kontakter, fordi tanten fant en "strait" type. Hun er fortsatt med i "gamet", men i mer begrenset grad i dag.

Innvandrerfamilie

En utenlandsk familie bestående av mor, far og sønn selger piller fra et bolighus nær politistasjonen. "Alle vet hvor det er, men ikke alle får lov til å kjøpe". Tommy kjenner flere som kan kjøpe for ham hvis han er interessert. Det sies at det er 2 ringeklokker på huset. En gul for de som vil kjøpe Rohypnol og en rød for de som vil ha Valium. "Her er det ubegrenset tilgang på alle typer, men det er dyrt. De selger til blodpriser, men bruker ingenting selv. De bare utnytter andre. Dette er uhørt. De er utsugere. Tommy skulle gjerne likt å gi dem en på trynet. En annen informant, intervjuet på torget sommeren 95 sa noe lignende. Utlendingene driver prisene opp. "Slikt gjør ikke skikkelige folk".

De som er født inn i slike familier blir oppdratt og opplært til hvordan piller kan brukes utilsiktet og hvordan man går frem for å skaffe seg tilstrekkelig med piller gjennom å utnytte helsevesenet (doktorshopping) og relasjoner i det grå og svarte markedet. For de som er delaktige i slike slektsforetak, er nok de sosiale og familieære bindingene viktigere enn selve pillene og rusingen. Pillemissbruket, doktershoppingen og helerivirkomheten er et sammensatt problem. I tillegg til medisinske og psykologiske forhold må økonomiske og relasjonelle aspekter ved livssituasjonen tas med i betraktning.

9.2.3 Enmannsbutikker

Nettverkene som ble beskrevet ovenfor var profesjonelt drevet og deltakerne er organisert og rangert i forhold til hverandre. De små pillebutikkene som vi beskriver nedenfor later til å involvere bare en person (max. 2 personer). Vi kan ikke utelukke at disse personene er tilknyttet større enheter. Det er mulig at vi ikke har sett helheten og at de egentlig er tilknyttet et større nettverk. Selv om 'enmannsbutikkene' involverer få, kan omsetningen være stor og ha stor markedsmessig betydning.

Pillegrossisten

Det finnes grossister som sitter inne med store pillelager. En av grossistene er angivelig en kvinne på ca. 60 år. Vi har hørt om denne kvinnelige grossisten fra flere uavhengige informanter. Hun blir omtalt som katolikk og kirkegjenger, og selger Paralgin forte, Rohypnol, Mogadon osv. fra sitt bosted. "Hun har Norgesglass fulle av allslags piller". En av informantene våre hadde ikke selv møtt denne grossisten, kun vært utenfor hennes bosted. Han satt og ventet i en bil mens hans prostituerte 'venninne' var inne og handlet.

En liten fisk?

Taurus har gjennom 6-7 år hatt jevnlig kontakt med en middelaldrende mann. Han er offentlig ansatt, gift, kjører en vanlig bil og har et alminnelig hus med hage og garasje. Omtrent hver tredje måned selger mannen 100 stesolid for kr 2000,- til Taurus. I løpet av disse årene har Taurus altså kjøpt piller av mannen for rundt 50 000,- kroner.

Taurus fortalte oss at mannen begynte å få "dårlig samvittighet" fordi han lurte legen sin, og vurderte å slutte. Ved et legebesøk hadde legen sagt noe slik som: "Det sies at gamle folk selger pillene sine, kjenner du til det?" Dette utsagnet hadde gjort mannen urolig. Denne selgeren går i følge våre opplysninger bare til én lege og han får moderate doser. Hans pasientatferd er lite mistenkelig, men han selger piller utfra et økonomisk motiv.

Nokså kjørt eks. "narkoman"

En kvinnelig eks-narkoman på 50 år får en del piller av legen sin, men sier selv at hun har sluttet å bruke dem selv. Nå selger hun bare. Kjøper også trolig fra andre og selger videre. Også her sies det at tilgangen er "ubegrenset". Hun tar 15 kroner per tablett, alle typer b-preparater.

Ektepar i 60-70 års alderen

Tommy karakteriserer dem slik: "De er pene i tøyet. De snakker ikke om privatlivet sitt. De er ikke slike som selger piller på torget". Begge går på trygd. 'Ingen' vet med sikkerhet hvor de bor, for de tar ikke i mot besøk hjemme. De gjør avtaler med folk og selger til de første som møter opp. Avtaler i parkeringshus, kafeer, på kino ol. De selger alle typer for 15 kroner per tablett. De får begge piller regelmessig av legen sin, og selger det like regelmessig ut. "Alle" vet når de går til legen og kontakter dem når de vet de har fått ny leveranse. Damen selger ca. 100 Flunipam og 100 Paralgin forte. Mannen selger 100 Paralgin forte og 100 Mogadon. På dette tjener de ca. kr 6000 per måned. Tommy forteller at de ofte går opp på polet å kjøper vin etterpå, men han tror ikke de har noe alkoholproblem. De kjøper nesten alltid bare en flaske. "Det virker nesten som om de selger piller for å være snille. Synes synd på de narkomane".

Tommy fikk kontakt med dem gjennom en kamerat som kjøpte av dem en gang de var sammen. Tommy gikk etter dem å spurte om han også kunne få kjøpe, men de hadde ikke mer da. Han kunne få kjøpe neste uke hvis han møtte opp på samme sted.

Familiefar, 50 år

Selgeren er en sympatisk, hyggelig familiefar. Er gift, har familie, pen blokkleilighet i byen, hytte, campingvogn, mobiltelefon, alt det nyeste inne radio og TV osv. Han har hatt en vanlig "strait" jobb, men er nå uføretrygdet. I tillegg har han "alltid" solgt hjemmebrent og tatt i mot helerverar. Han har med andre ord gjort det godt som "forretningsmann" på feil side av loven ved siden av den vanlige jobben. Han er aldri dømt for noe kriminelt. Han skal visstnok få masse medisiner av legen sin fordi han er operert for "røykebein" (Skiftet blodårer i beina.).

Vår informant fikk kontakt med ham gjennom en kjæreste. Det var onkelen hennes. Onkelen hadde flere ganger blitt ranet av folk som var ute etter pillene hans. Vår informant foreslo at onkelen heller skulle gi pillene til han så kunne han selge dem for ham, og slik ble det. Mannen brukte en del av medisinene selv til å begynne med, men brukte etter hvert med mindre. Han fikk fortsatt full dose av legen. Han solgte 40 Temgesic (å kr 250), 100 Paralgin forte (å kr 10), 50 Valium (å kr 10), 30 Rohypnol (å kr 10). Tilsammen gav dette en skattefri månedsinntekt på kr 11 800. Familiefaren beholdt 50 Valium og 30 Rohypnol til eget forbruk.

I tillegg til legemidlene listet opp ovenfor solgte mannen piller han hadde med hjem fra Spania. Han reiste ofte på turer til syden og finansierte turene ved å selge de smuglede pillene. "For noen ekstra pesetas er det lett å få de riktige pillene".

Når vår informant skulle i behandlingskollektiv overtok en kamerat som selger. Mannen selger fortsatt piller på denne måten.

Kynisk dame, 60-65 år

Hun beskrives som "tykk, kjiip og kynisk". Hun har hatt kreft i 10-15 år. "Alle" vet hvem hun er, men det er bare noen få som får lov til å kjøpe. Hun er veldig forsiktig. Selger bare til spesielt utvalgte. Hun har flere kunder å velge mellom. Hvis kundene ikke oppfører seg skikkelig får de ikke kjøpe. Har du f eks avtalt å ringe henne klokka 15.00 og du ringer en time tidligere får du ikke kjøpe selv om du har penger. Da selger hun heller til noen andre. Hun liker å vise hvem det er som bestemmer. Vår informant mener at det virker som om hun nyter å pine folk.

Ved juletider satte hun opp prisene fordi hun skulle ha penger til julepresanger. Prisene gikk ikke ned etter jul, for folk var villige til å betale samme pris også etter jul.

"Dama bruker nesten ingen medisiner selv". Hun selger angivelig følgende dose per måned: 200 Ketogan (å kr70), 200 Paralgin forte (å kr 15), 100 Valium (å kr 10) og 100 Rohypnol (å kr 20). Månedlig skattefri inntekt av dette er kr 20 700.

Vi har listet opp ulike omsetningssystemer for piller. I liten grad avviker de fra andre illegale omsetningssystemer. Transaksjonene er basert på tillit og diskresjon mellom kjøper og selger. I motsetning til andre illegale omsetningssystemer for rusmidler som heroin, hasj, og amfetamin, har vi ikke registrert torghandel av piller. Dette kan ha sammenheng med at piller er selgers marked, dvs. at det er mindre piller i omløp enn etterspørselen.

9.3 Priser

Prisene på legemidler og narkotika avhenger av hvor en befinner seg i omsetningssystemet. Det er generelt slik at de mest perifere må betale mest. Dette er et vanlig prinsipp i illegale omsetningssystemer.

Når man spør folk i rusmiljøet om gateprisen på ulike typer legemidler får man forbløffende ensartede svar. Det synes som om det finnes en uskreven norm for hva prisen skal være. Den er den samme over hele byen og i tilgrensende distrikt. I tabellen nedenfor er noen av de vanligste medikamentene og gateprisen på disse listet opp. Prisene er basert på informasjon fra politi og informanter fra rusmiljøet.

Tabell 9-1 Oppgitt utsalgspris på medikamenter fra apotek og på gata i NOK

| MEDIKAMENT | UTSALGS- PRIS APOTEK* | SOMMER 1993 | HØST 1994 | VÅR 1995 | VÅR 1996 | VÅR 1997 |
|----------------|-----------------------------|----------------|--------------|-------------|-------------|-------------|
| Paralgin forte | 1.24 | 10 | 10 | 10-15 | 10-20 | 10-20 |
| Stesolid | 0.97 | 10 | 10 | 10-15 | 10-20 | 10-20 |
| Rohypnol | 1.33 | 10-15 | 15-20 | 15-25 | 15-30 | 25-50 |
| Valium 5 mg | 0.87 | 10 | 10 | 10 | 10-15 | 10-15 |

*Pris per stk. ved kjøp av 100-pakninger.

Vi ser tendenser til at prisene på legemidler som omsettes illegalt, er stigende. Det tyder på at etterspørselen er større enn tilbudet. Dette kan igjen bero på flere forhold

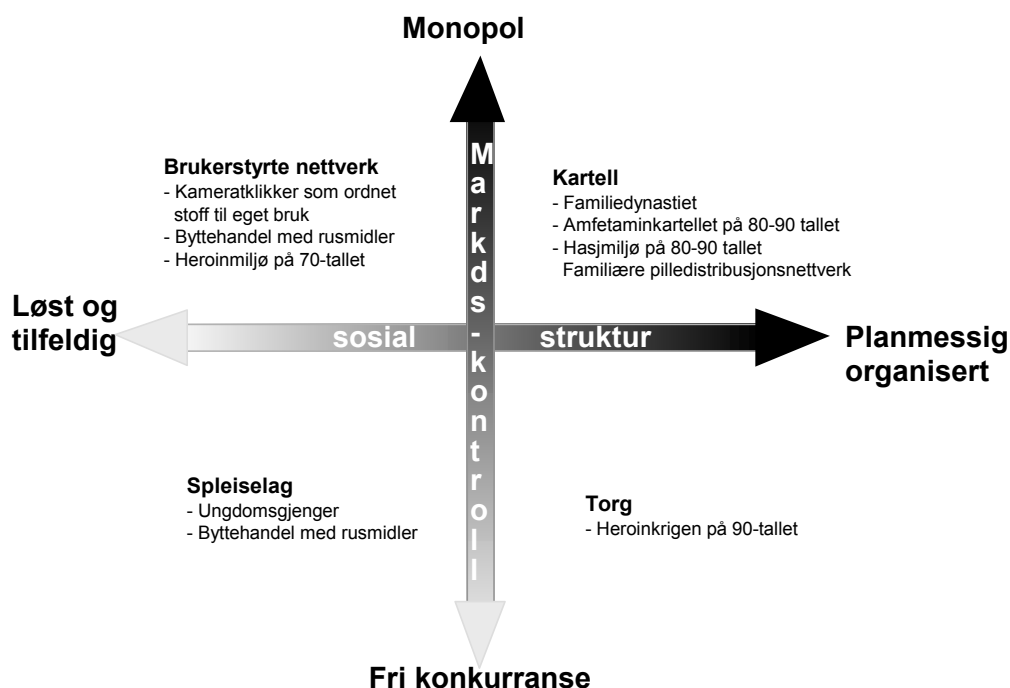
- stor tilstrømming av nye kunder til markedet
- det kan være færre piller i omløp
- eksisterende kunder stadig får større behov
- det kan det være lite narkotika på markedet.

Det siste er neppe er tilfellet. Informantutsagn sammenholdt med en dramatisk prisreduksjon - spesielt heroin (Smith-Solbakken og Tunglund, 1997 s.69) og økning i politibeslag på narkotiske stoffer (Kripos, 1995) tyder på at det er mer narkotika i omløp enn der har vært på lenge.

Rohypnol er svært attraktiv i rusmiljø og gir stor avanse ved illegal omsetning. Mens apotekprisen på dette legemiddelet bare er vel 1 kr/stk., er prisen på det illegale marked minimum 25 kr/pille. I september 1997 hørte vi fra noen informanter om priser opp i 100 kr/stk.

9.4 Konklusjoner - omsetningssystemer

Vårt utgangspunkt er modellen vist i



Figur 9.1. De ulike systemene er benevnt: (1) brukerstyrte nettverk, (2) kartell, (3) spleiselaget og (4) torget. Denne modellen er laget på grunnlag av illegal omsetning av rusmidler generelt. Vi har undersøkt i hvilken grad modellen passer for illegal omsetning av legemidler spesielt.

Vi fant at b-preparater omsettes innen det vi har kalt 'brukerstyrte nettverk' frimerkeklubbene. Legemidler bytter her eiere uten at penger brukes som betalingsmiddel.

Vi har også sett at legemidler omsettes fra profesjonelle nettverk som vi har kalt pillebutikker. Familien spiller her en nøkkelrolle gjennom sin integrerende funksjon. Ikke bare kjernefamilien, men gjerne hele slekten er involvert. Noen er født inn i et slikt miljø. Familiemedlemmene har utviklet spesialiserte roller. Noen går til legen, noen selger, noen tar i mot tyvegods som betaling for piller, mens noen omsetter dette videre. En og samme person kan ha flere slike roller. Det er vanskelig for enkeltmedlemmer å trekke seg bort fra denne illegale virksomheten. Samtidig som de evt. gjør dette, risikerer de å miste status, kontakt med familien, levebrød og den støtten som familien representerer (på godt og vondt).

Vi har ikke sett at pillebutikkene samarbeider innbyrdes om priser, kvoter og markedsandeler for å forhindre ødeleggende konkurranse. Kartellsystemet ble dermed ikke påvist med hensyn til omsetning av legemidler. Likevel så at vi at det var forbausende ensartede priser på legemidler på det svarte markedet. En grunn til at vi ikke finner kartell kan være at det er forholdsvis mange aktører på pillemarkedet (jfr. konglomeratet av omsetningssystemer beskrevet ovenfor). Vi har sett at aktøren kan være den alminnelige mannen som går til én lege som forskriver 100 Stesolid hver 3. måned. Disse pillene selger han på det illegale marked. Denne mannen inngår i de 78 % som bare går til én lege og får relativt lite b-preparater (Lie og Lohne, 1997). Vi vet ikke hvor stor andel av de 78 prosentene som selger b-preparater illegalt. Våre informanter har fortalt at eldre mennesker selger b-preparater til yngre misbrukere. Det finnes også profesjonelle pillebutikker hvor aktørene får tilgang til forholdsvis mye legemidler ved å gå til flere leger. Disse tilhører de vel 20 % av pasientene som går til minst to leger for å få b-preparater. Det er denne gruppen vi anser for å ha mest mistenkelig markedsatferd. Vår antakelse er at en ikke ubetydelig andel av disse videreformidler sine medikamenter.

Omsetning av legemidler blir først illegalt et stykke ute i distribusjonskjeden. Det eneste en behøver å gjøre for å skaffe seg legemidler for salg er å 'skrøne og syte litt' overfor legen. Det som er spesielt attraktivt med legemidler er at de kan anskaffes lovlig til lav pris for så og selges på nivå med narkotikaprisene. Det at det finnes så mange små og uavhengige 'pillebutikker' gjør muligens at det blir meget vanskelig å koordinere disse. Dessuten er illegal handel med rusmidler preget av diskresjon. Antakeligvis kjenner ikke alle de enkeltstående "butikkene" til hverandre. Imidlertid synes den enkelte pillebutikk å være godt organisert.

Omsetning av piller er også preget av tilfeldige og kortvarige relasjoner mellom kjøper og selger. Piller havner på avveier ved at ungdommer rapper piller fra mors og fars medisinskap. Vi har imidlertid ikke observert 'spleiselaget' som gjelder for illegale rusmidler. Selv om omsetning av piller kan være tilfeldig, har vi sett at de fleste som opererer i dette markedet streber etter å etablere mer faste og varige relasjoner.

Spesielt for omsetning av b-preparater er at kvinner har fremtredende roller i forhold til hva vi har sett for rusmidler generelt. Kvinner har alle roller; de selger, kjøper, bytter og formidler. I motsetning til illegal omsetning av andre rusmidler, har kvinnene her mer selvstendige og dominerende roller. Vi finner kvinnelige 'sjefer', noe som ikke er så utbredt i narkotikamiljøet generelt. Dette samsvarer med legenes konsekvente uttalelser om at de hovedsakelig skriver ut b-preparater til kvinner. Kvinnene som gruppe er nær ruskilden. Når det f.eks. gjelder heroin, er det mennene som sitter på 'varen' og langt på vei utfører de viktigste jobbene.

10 Sammenheng mellom omsetning og eget forbruk, en faktoranalyse

av Ragnhild Wiik, Marie Smith-Solbakken og Olav H.J. Christie

Vi har frem til nå beskrevet hvordan legemidler brukes til rus og hvordan legemidler omsettes. Vår hypotese er at misbrukerne ikke bare er avhengige av rusmidlene, men også av selve rusmiljøet (kulturøkonomisk avhengighet). Vi vil nedenfor beskrive resultatene fra studier over sammenhenger mellom biologisk og kulturøkonomisk avhengighet. Vi bruker her begrepet 'rusmidler', og omtaler ikke b-preparater spesielt. Det er viktig å være klar over at endret biologisk avhengighet er en kvalitativ endring ved at informanten f eks går fra å være legemiddelavhengig til å bli multibruker.

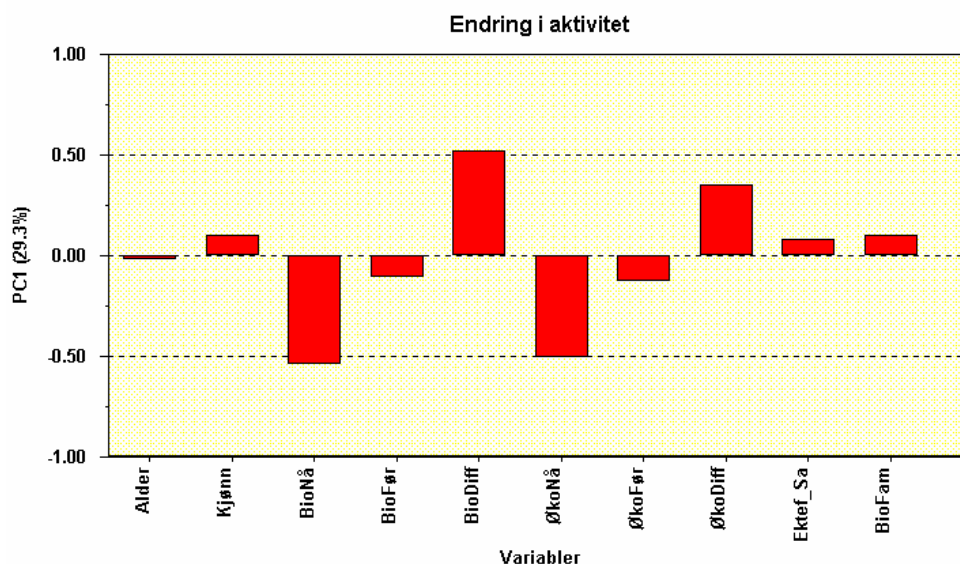
Faktoranalysen (se nærmere forklaring i avsnittene 2.4.1 og 5.2) viste at 65 % av variasjonen i datamaterialet var systematisk, dvs. at 65% av variasjonen kunne beskrives i form av komponenter eller faktorer. Det ble trukket ut 3 komponenter som stod for henholdsvis 29 (PC1)⁹, 23 (PC2) og 13 (PC3) % av totalvarians. Det var 35 % datastøy i materialet. På bakgrunn av det begrensede antall informanter anses andelen av datastøy for liten, noe som viser at det er klare tendenser i datamaterialet.

10.1 Første komponent: Sammenheng mellom inntak og omsetning (PC1)

Første komponent (PC1) beskriver 29% av den totale variasjonen i datamengden. Denne komponenten beskriver hvordan inntak og omsetning av rusmidler henger sammen, se Figur 10.1. Omfang av rusmiddelbruk og engasjement i den illegale omsetningen korrelerer positivt, dvs. at personer som er multibrukere også deltar meget aktivt i den illegale rusøkonomien. Reduserer de bruken (f eks ved at de går fra multibruker til legemiddelavhengig), reduserer de også engasjementet i den illegale rusøkonomien (positiv korrelasjon mellom BioDiff og ØkoDiff). Variablene BioDiff og ØkoDiff uttrykker hvordan henholdsvis forhold til bruk og omsetning har endret seg over tid. Hvis differansen har positiv verdi, betyr dette at informanten har redusert sitt inntak av legemidler eller at han/hun har redusert sin deltakelse i det illegale omsetningssystemet. Se ellers avsnitt 2.4.2 for definisjon av variable i analysen.

⁹ PC står for 'principal component' og er synonymt med 'komponent' eller 'faktor'.

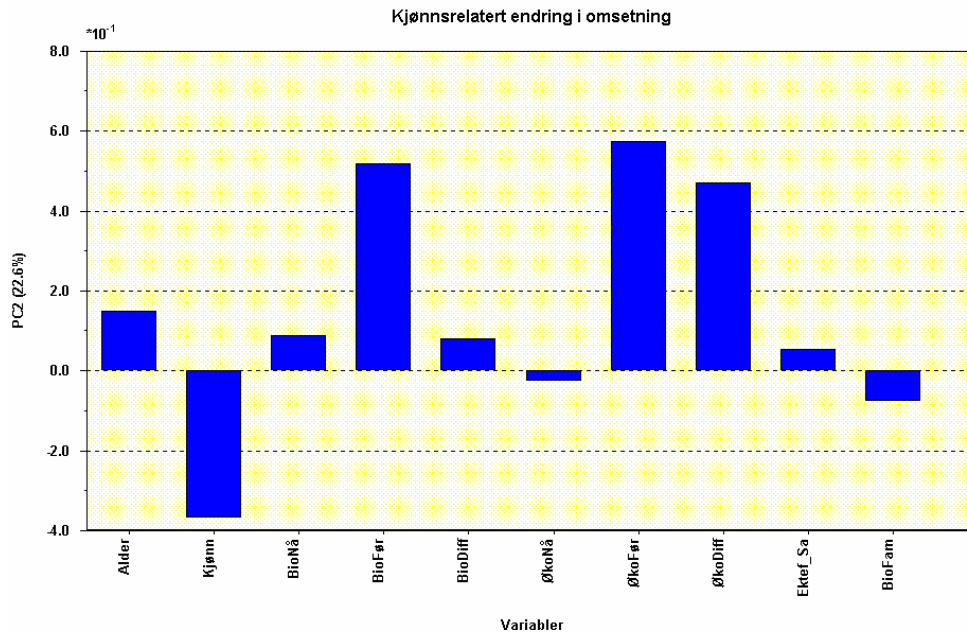
De fleste av våre informanter har vært eller er multibrukere. Hvis våre informanter hadde tilhørt en annen gruppe deltakere, f eks pensjonister som selger legemidler, ville korrelasjonene trolig ha vært annerledes. F. eks. kan det være slik at eldre mennesker som selv bruker lite er systematiske og kanskje også forholdsvis aktive deltakere i den illegale rusmiddeløkonomien. Korrelasjonen mellom biologisk og økonomisk avhengighet ville da ikke vært positiv.



Figur 10.1 PC1 ladningsdiagram: Variablene BioNå og ØkoNå er sterkt negativt korrelert til variablene BioDiff og ØkoDiff.

10.2 Andre komponent: Inntak og omsetning sett i sammenheng med kjønn og alder (PC2)

Andre komponent (PC2) beskriver 23 % av total variasjon. Denne komponenten viser at rusmiddelinntak og -omsetning henger sammen med kjønn (Figur 10.2). I likhet med PC1, viser PC2 at jo mer en ruset seg på det meste, jo mer involvert var en i den illegale rusmiddelomsetning. Det mønsteret som vises i PC2 gjelder spesielt for menn. Resultatet av analysen er at menn som tidligere lå høyt både med hensyn til inntak og omsetning, ser ut til å redusere omsetningsaktiviteten med økende alder. PC2 sier ikke noe signifikant om hvorvidt mennenes rusmiddelinntak reduseres i takt med redusert illegal omsetningsaktivitet. Det behøver ikke å være slik at BioDiff og Økodiff henger positivt sammen. Det kan være slik at menn lettere får medikamenter av sin lege etter som de blir eldre. Involvement i illegal omsetning kan i så fall reduseres. Eldre rusmiddelmissbrukere er slitne, og opplever ofte det å måtte skaffe seg penger på illegalt vis som et ork.



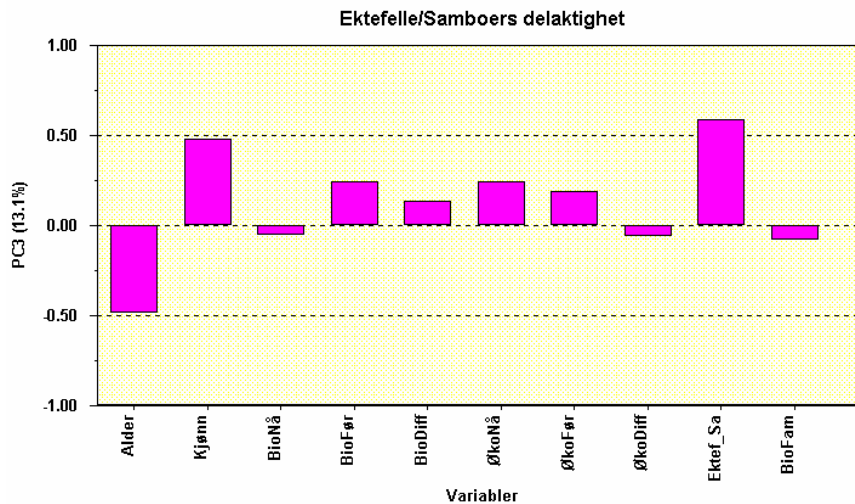
Figur 10.2 PC2 ladningsplott: Korrelasjonene antyder at PC2 er knyttet til eldre menn som har kuttet ned på pillemisbruket.

Typiske representanter for dem som har redusert sin involvering i den illegale rusøkonomien er Adam, Leon, Håkon, Nils og Tore. Dette gjelder ikke personene Karoline, Sandra og Magnar, som har de laveste skårverdiene i PC2.

10.3 Tredje komponent: Betydning av partnerens rolle (PC3)

Tredje komponent (PC3) beskriver 13 % av total variasjon (

Figur 10.3). Denne komponenten viser sammenhenger mellom alder, kjønn og ektefelles/samboers involvering i rusing. Det er en klar negativ korrelasjon mellom alder på den ene siden, og Kjønn og Ektefelle/Samboer på den andre. Dette betyr at det er flere kvinner enn menn som har aktive partnere, og at denne tendensen er mer tydelig jo yngre personen er.



Figur 10.3 PC3 viser en klar negativ korrelasjon mellom Alder på den ene siden og Kjønn og Ektef_Sa på den andre.

10.4 Faktoranalysens potensial

Vi har brukt faktor til å studere sammenhenger mellom variabler som vi ofte oppfatter som kvalitative. Ved å tallfeste og vekte variablene slik vi har gjort, vil vi kunne finne sammenhenger som det ellers er vanskelig å dokumentere. Det å finne ut hvordan inntak, omsetning, sosialt nettverk, alder, kjønn osv. henger sammen ved bruk av stoff, vil trolig kunne være til stor hjelp i behandling av avhengige personer. Med hensyn til sosialt nettverk, har vi i denne studien kun registrert om informantene har samboere/ektefeller som er involvert og om de biologisk familier er involvert. Videre forskning på dette området er av stor interesse.

11 Implementering av tiltak rettet mot befolkningen

Av Wenche Terjesen Berge, Amund Aakeholdt, Svein Kjosavik og Sverre Nesgvåg

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

11.1 “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 reseptblokka, og terapismøtet 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 der 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's" tema.

Om satsning i lokalmiljøet

Målsetting for satsning i lokalmiljøet er/var:

- Skaffe oversikt over definerte grupperes 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 Sann 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.

11.2 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 fordelingsseffekt 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 “bryssomme” 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 medisinbruken 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 farmasøytene praksis er der 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.

| 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 per 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 per mnd. totalt | over 3000 DDD utskrevet per 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 per døgn går greit, legen bør 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 per døgn bør legen presisere nøye faren ved kortvarig bruk av medikamenter ut over det som er forenlig med å kjøre bil | over 1 DDD per 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

| PASIENTADFERD | GRØNN praksis | GUL praksis | RØD praksis |
|--|--|--|---|
| VOLUMGRENSER | Bruk av inntil 50 DDD/ 4 måneder | Bruk av 50 til 100 DDD / 4 måneder | Bruk av mer enn 100 DDD / 4 måneder. |
| BRUKSMÅTER | Bruke egne medisiner som forskrevet av egen lege. Kun la andre få av egne medisiner etter klar avtale med legen | Bruke egne medisiner på annen måte enn foreskrevet, eller ta imot eller gi medikamenter fra / til andre | Selge medikamenter til venner og bekjente eller 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 |
| Hostemedisin | ved akutt luftveisproblem i inntil 3 uker | Mellom 3 og 6 uker i normal dosering | Bruk over lengre tid eller i høyere dosering |
| Sovemedisin | inntil hver 3. dag eller 10 netter per måned | annenhver dag eller daglig i inntil en måned | Daglig i mer enn en måned |
| Beroligende medisin (Valium el. I.) | 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. |
| Smertestillende (Paralgin forte el.I.) | Mot smertetilstander etter avtale med egen lege i normal dosering | Mot smerter i høyere dose enn avtalt | Bruk av andre grunner enn sterke smerter. |
| Kombinasjoner | Kombinere flere typer vanedannende midler i korte perioder og 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 per døgn går normalt greit å kombinere med bilkjøring. eksempelvis inntil 2 tbl. Paralgin forte eller 5 mg Valium el. I. eller 1 sovetablett om kvelden | Ved ½ til 1 DDD per 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 per døgn eller hvis slike midler brukes i kombinasjon 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

| 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 | Sjekk alle a/b resepter mot "fylkeslegens liste" | Sjekk alle a/ b resepter over 50 tbl. mot listen | Ikke sjekk 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, og at en på dette grunnlag gir beskjed til fylkeslegen om slikt forbruk der det varer over 6 måneder. Pasienten bør få beskjed om dette på et tidlig hvis forbruket ligger på mer enn 1 ddd pr døgn

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

11.3 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.

12 SAMMENFATNING

Av Ragnhild Wiik og Marie Smith-Solbakken

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

12.1 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 konsensurapport 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 (f eks Taurus og Bente), 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?

12.2 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.

12.3 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'.

12.4 Rus, penger eller samvær?

Vi ser at opprettholdelse av rusmiddelbruk skyldes kroppslige eller biologiske behov. Rusmiddelbrukere er imidlertid også avhengige av stoffkilden enten dette er en lege eller en pusjer. Eksempelet med Tore viser at b-preparater (Paralgin forte, Rohypnol og Valium) erstattet heroinbruk i perioder. I disse periodene fikk informantene nærmest utelukkende legemidlene av legen sin. De trakk seg da bort fra det illegale rusmiljøet. Begge hadde samboere som ikke var involvert i det illegale rusmiljøet, og de 'lente seg' sosialt til samboer og til den delen kontaktflaten (litt familie, kontakter gjennom skole og barnehage og noen få venner) som ikke var involvert i rusmiljøet. I alle disse tilfellene ble b-preparatene plutselig redusert eller også seponert. Alle 3 endret livsførsel som følge av dette. En av dem opplevde samtidig at arbeidsplassen hans ble nedlagt. 'Dokter-dop' ble umiddelbart erstattet av 'gate-dop'. De oppsøkte umiddelbart rusmiljøet, og fikk straks anledning til å krite og 'pusje' stoff. De forlot samboere, sviktet barna sine og ble godt mottatt av gamle rusvenner. De fikk tilgang til stoff, bolig, penger og sosialt kontakt. Incitamentet til at de oppsøkte sitt gamle rusmiljø, var at de ikke lenger fikk tilstrekkelig 'dokter-dop'. De hadde ikke nok motivasjon til å leve stoff-frie. Det at de kunne fungere i vidt forskjellige miljø bare de fikk en akseptabel dose stoff, bekrefter den biologiske avhengigheten. Uten stoff får de abstinens, føler seg syke, ensomme osv.

Den biologiske avhengigheten er gjennomgående uavhengig av hvilke rusmidler det dreier seg om og hvilke miljø folk befinner seg i. Ved å seponere b-preparater ukritisk, stimuleres økt illegal aktivitet for å tilfredsstille det biologiske behov. Ved at folk får tilgang på legale rusmidler, har vi dokumentert at den illegale aktiviteten går ned. Ved at folk bruker illegale rusmidler er det uunngåelig at de integreres i kriminelle miljø.

En kan imidlertid bli kulturøkonomisk avhengig også når en er involvert i illegale legemiddeltransaksjoner. I slike tilfeller står det økonomiske aspektet sterkt.

12.5 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.

13 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.

14 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 forbruget 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. & Tunngland, 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. & Middleton A. (red.) (1992). Narkotikaforebygging mot år 2000. Universitetsforlaget, Oslo.

Vedlegg 1

Tabell 14-1 Oversikt over informanter

| Informant | Alder | Tidspunkt for kontakt | Oppfølging | Dagbok | Prosjekt | Intervjuer |
|-----------|-------|-----------------------------|------------|--------|----------|-------------|
| Adam | 30-40 | sommer 93 | x | | 813118 | EMT/MSS |
| Alf | 30-40 | desember 94 | | | 813153 | EMT |
| Andreas | 80-90 | vår 96 | | | 813153 | MSS |
| Eva | 30-40 | sommer 93 | x | | 813118 | EMT/MSS |
| Håkon | 30-40 | sommer 93 | x | | 813118 | MSS |
| Jonny | 40-50 | høsten 95- | | x | 813153 | EMT/MSS |
| Karoline | 30-40 | høst 95-vår 96 | x | | 813153 | AaS/MSS |
| Kåre | 50-60 | vår 96 | x | | 813153 | RWI |
| Laila | 30-40 | februar 95 | | | 813153 | MSS |
| Leon | 20-30 | sommer 93 | x | | 813118 | MSS |
| Lillan | 30-40 | sommer 93 | x | | 813118 | EMT/MSS |
| Magnar | 30-40 | høst 94-mai 96 | x | | 813153 | EMT/MSS/RWI |
| Nils | 30-40 | sommer 93 | x | | 813118 | MSS |
| Ole | 20-30 | desember 94 | | | 813153 | MSS |
| Patty | 40-50 | september 95- februar 96 | | x | 813153 | EMT/MSS |
| Pelle | 30-40 | høsten 95 | | | 813153 | EMT/ MSS |
| Rita | 30-40 | desember 94 | x | | 813153 | MSS |
| Roy | 20-30 | desember 94 | x | | 813118 | EMT |
| Sally | 20-30 | høsten 95 | x | | 813153 | EMT/MSS |
| Sandra | 20-30 | vår 96-okt 96 | x | x | 813153 | AAF/MSS/RWI |
| Taurus | 30-40 | vår 96-okt. 96 | x | x | 813153 | MSS/RWI |
| Tommy | 40-50 | september 95- oktober 96 | | x | 813153 | EMT/MSS/RWI |
| Tore | 20-30 | vår-96 okt96 | x | x | 813153 | AaF/MSS/RWI |
| Torkel | 70-80 | vår 96 | | | 813153 | MSS |
| Trine | 20-30 | høsten 95- okt.96 | x | x | 813153 | EMT/MSS |
| Truls | 30-40 | høsten 95- oktober 96 | x | x | 813153 | EMT/MSS |
| Unni | 30-40 | høst 95 | x | | 813153 | EMT/MSS |
| Åshild | 40-50 | høst 96 | | X | 813153 | EMT/RWI |
| Målfrid | 20-30 | februar 97 | | | 813153 | RWI |

Tabell 14-2 Oversikt over informanternes forhold til stoff og deres status i rusmiljøet

| Informant | Alder | Tidspunkt for kontakt | Forhold til stoff | Status nå illegale omsetning | Status før illegal omsetning | Intervjuer |
|-----------|-------|-----------------------------|-------------------|------------------------------|------------------------------|------------|
| Adam | 30-40 | sommer 93 | ikke bruker | ikke deltaker | bytter | EMT/MSS |
| Alf | 30-40 | desember 94 | multibruker | bytter,selger | | EMT |
| Andreas | 80-90 | vår 96 | legemiddelavh | ikke deltaker | kjøper | MSS |
| Eva | 30-40 | sommer 93 | ikke bruker | | bytter | EMT/MSS |
| Håkon | 30-40 | sommer 93 | legemiddelav | ikke deltaker | kjøper | MSS |
| Jonny | 40-50 | høsten 95- | legemiddelavh | kjøper | | EMT/MSS |
| Karoline | 30-40 | høst 95-vår 96 | legemiddelavh | | | AaS/MSS |
| Kåre | 50-60 | vår 96 | bruker | | Selger | RW |
| Laila | 30-40 | februar 95 | legemiddelavh | | bytter | MSS |
| Leon | 20-30 | sommer 93 | bruker | | bytter | MSS |
| Lillan | 30-40 | sommer 93 | multibruker | bytter | | EMT/MSS |
| Magnar | 30-40 | høst 94-mai 96 | multibruker | | bytter | EMT/MSS/RW |
| Nils | 30-40 | sommer 93 | legemiddelavh | ikke deltaker | kjøper | MSS |
| Ole | 20-30 | desember 94 | multibruker | bytter | | MSS |
| Patty | 40-50 | september 95- februar 96 | multibruker | bytter | | EMT/MSS |
| Pelle | 30-40 | høsten 95 | multibruker | bytter | | EMT/ MSS |
| Rita | 30-40 | desember 94 | multibruker | bytter | | MSS |
| Roy | 20-30 | desember 94 | multibruker | kjøper | | EMT |
| Sally | 20-30 | høsten 95 | multibruker | kjøper | | EMT/MSS |
| Sandra | 20-30 | vår 96-okt 96 | bruker | | | AAF/MSS/RW |
| Taurus | 30-40 | vår 96-okt. 96 | legemiddelavh | kjøper | | MSS/RW |
| Tommy | 40-50 | september 95- oktober 96 | multibruker | bytter | | EMT/MSS/RW |
| Tore | 20-30 | vår-96 okt96 | legemiddelavh | (medisinsk nedtrapping) | | AaF/MSS/RW |
| Torkel | 70-80 | vår 96 | legemiddelavh? | selger | | MSS |
| Trine | 20-30 | høsten 95- okt.96 | multibruker | bytter | | EMT/MSS |
| Truls | 30-40 | høsten 95- oktober 96 | multibruker | bytter | | EMT/MSS |
| Unni | 30-40 | høst 95 | ikke bruker | | bytter | EMT/MSS |
| Åshild | 40-50 | høst 96 | legemiddelavh | | | EMT/RWI |
| Troya | 35 | | | | | MSS |
| Målfrid | 29 | februar 1997 | | | | RWI |
| Anna | 75 | | | | | MSS |

Tabell 14-3 Observasjoner

| Observasjon | Tid | Observatør |
|--|-----------|------------|
| Patty på hospits etter at legen har sagt henne opp. Pilletransaksjoner med kvinne (80-90 år) og mann (60-70 år) ble avtalt | høst 95 | MSS/EMT |
| Unni på kafe. Pilletransaksjon ved nabobordet mellom ung kvinne i barnevogn og middelaldrende mann. | vår 96 | MSS/EMT |
| Med Taurus på pillehandel, var hjemme hos dame mellom 70 og 80 år. | vår 96 | MSS |
| Med x1 til lege | vår 96 | EMT |
| Med x2 til lege | vår 96 | MSS |
| Med Truls på byen. En hektisk dag med 4 transaksjoner og 13 telefoner. | vår 96 | MSS |
| Med Truls og Trine på handletur 2 timer, 2 transaksjoner, 6 telefoner | pinsen 96 | MSS |
| Med a1 til lege og apotek | vår 96 | EMT |
| Med Truls og Trine på kafe, hvor vi ble gjort oppmerksom på hvordan piller skifter eiere. Så to transaksjoner | vår 96 | EMT/MSS |
| Med Taurus på byen | vår 96 | EMT/MSS |
| Overvar pilletransaksjon mellom informant og 60 åring i byen | vår 96 | MSS |
| Ble overrakt amfetamin i den hensikt at den skulle overleveres videre til politiet for evn. analyse | høst 96 | EMT/RW |

Tabell 14-4

| Alder | Antall | Kjønn | | Forhold til rusmidler/legemidler nå | | | | Status nå i rusøkonomien | | | | Status før i rusøkonomien | | | |
|------------|--------|-------|--------|-------------------------------------|---|---|---|--------------------------|------|----|------|---------------------------|------|-----|-------|
| | | Mann | Kvinne | IB | B | L | M | ID | Kjøp | By | Seil | ID | Kjøp | Byt | Seilg |
| 20-30 | 7 | 3 | 2 | | 1 | | 4 | 1 | 2 | 2 | | | | | |
| 30-40 | 13 | 7 | 6 | 4 | | 1 | | 5 | | | | 1 | | 4 | |
| 40-50 | 4 | | | | | | | | | | | | | | |
| 50-60 | 1 | | | | | | | | | | | | | | |
| 60 og over | | | | | | | | | | | | | | | |
| 70 og over | 2 | 2 | | | | | | | | | | | | | |
| SUM | 28 | 17 | | | | | | | | | | | | | |

Vedlegg 2

Intervjuguide, leger våren 1996.

*Samarbeidsprosjekt: RF, Sandnes Sunn by og SAMKOM

*Finansierer: Den norske lægeförening, Norges apotekfarmasifond, Sandnes Sunn By, NFR, SAMKOM= Samarbeidskomiteen for legemiddelinformasjon.

*Målsetting: Å begrense utilsiktet bruk og illegal omsetning av legemidler.

* Hvorfor intervju leger? Problemet har vært mye omtalt i pressen i det siste og det er ofte såkalt slepphendte legener som får skylden, men er det egentlig her problemet ligger?

1.Hva er "god legepraksis"?

Det er en viss uenighet også blant leger om hvordan medisiner i gruppe B bør brukes. De mest ytterliggående mener at avhengighetskapende legemidler bør forbys, men andre mener at det allerede har gått alt for langt. Hva som er "god legepraksis" på dette området virker uhyre diffust og er i liten grad gjenstand for diskusjon mellom leger.

Stemmer dette?

Hvilke typer pasienter mener du det er hensiktsmessig å behandle med b-preparater.?

Eksempel 1: Kvinne 75 år. Frisk inntil for et halvt år siden. Fjernert det ene brystet pga. brystkreft. Ble enke rett etter dette. Nå mulig spredning. Klager på sterke smerter og at hun er redd for å gå ut blant folk. Får ikke sove.

Eksempel 2: Mann på 60 år. Har ikke hatt kontakt med noen fast lege tidligere. Det er kona som har bestilt plass for han. "Har aldri vært syk, har ikke vært borte fra jobben en dag." Han har jobbet som murer i 40 år. Gift med samme kone nesten like lenge. Voksne barn som har flyttet ut. Har hatt ondt i ryggen over lang tid, men har gått på jobb inntil fredag for 2 uker siden. Har vært hjemme siden. Bare ligget på sofaen. Kan reise seg og kle på seg selv, men det er svært smertefullt. Får ondt i hodet av å se på TV. Klarer ikke å lese. Har ingen å snakke med om dagene. Kona har begynt å jobbe. Tenker på så mye rart. Føler seg så utrolig trett. Får ikke sove om natta. Vil gjerne bli frisk. Må få seg litt søvn snart. Må ha en sykemelding, hvis ikke mister han jobben.

Eksempel 3: Pike 18 år. Skal ha avsluttende eksamen videregående. Viktig eksamen. Vil inn på legestudiet. Trenger noe beroligende før muntlig. Strøk sist hun var oppe til muntlig. Fikk ikke fram et ord enda hun egentlig kunne stoffet godt. Får prestasjonsangst. Blir tørr i halsen får hjerteklapp, klarer ikke tenke.

Eksempel 4:: Mann 25 år . Er nylig sluppet ut på prøve etter å ha sonet 8 måneder for biltyveri. Forteller åpent at han har røykt hasj daglig under soningen. Sitter bare inne å gløt i veggen. Redd for å gå ut. Redd for å ta telefonen. Holder på å bli gal. Trenger noe beroligende. Hvis ikke vet han at han vil oppsøke det kriminelle miljøet for å kjøpe piller og hasj illegalt. Da havner han fort oppi mer bråk. Vil holde seg på matta, hvis ikke er det rett i fengsel igjen.

2. "Legemiddelavhengige" pasienter?

Har du noen pasienter som har brukt b-preparater regelmessig over lenger tid?

Hvor ofte får denne typen pasienter ny resept? (Hvor mange legebesøk ca. pr mnd?)

Vil du betegne noen av dine pasienter som såkalt "legemiddel avhengige"? (ca. antall?).....

Årsak:

f eks

- kroniske smerter /plager (legemiddelavhengighet en nødvendighet?)
- som følge av livskrise /skade
- prestasjonspress/søvnproblem/nerver jobbsammenheng
- var avhengige når de tok kontakt første gang

Tror du at et bedre tilbud av alternativ behandling kunne redusere forbruk av b-preparater?

f eks flere psykologer, sorggrupper, aromaterapi ol.

3. Rusmiddelmissbrukere?

Kontraktspasienter?

evt. antall:

Har du noen mistanke om at noen av dine andre pasienter bruker medisiner de får av deg til å ruse seg på?

Har du noen mistanke om at noen av dine pasienter selger eller bytter pillene de får i andre rusmidler?

Har du noen gang sjekket eller meldt fra om slik mistanke til fylkeslegen?

Har du noen gang følt deg truet, eller blitt utsatt for vold fra desperate pasienter på pillejakt?

Har du noen gang hatt innbrudd eller blitt frastjålet A eller b-preparater.

4. Egen forskrivningspraksis.

Holder du noe eget regnskap over hvor mange b-resepter du skriver ut per mnd?.....

Hvor mange b-resepter vet /tror du at du skriver ut per mnd.?

Hvor store doser b-preparater skrives vanligvis ut til ulike grupper pasienter?

Max?.....

Minimum?.....

Har du tabletter "på" deg (i vesken, på kontoret) som du kan gi til pasienter som f eks bare trenger "et par" piller og ikke en hel eske?

Vet du hva en "bankers" er?

Er det vanlig å skrive ut slike kombinasjonsresepter?

Skrives ut mest b-preparater til menn eller kvinner?

Får menn andre medisiner enn kvinner?

Mange leger blir sjokkert over hvor mye b-preparater de selv skriver ut når de får resultatene fra stikkprøver ol. Prosjektet så langt har gitt oss grunn til å tro at det forekommer en del reseptforfalskninger. Kanskje har legene grunn til å bli overrasket . De har ikke forskrevet så mye. Kanskje har svindlere fått ut medisiner i legens navn gjennom falske resepter. Gjennom prosjektet ønsker vi å gjøre et forsøk for å teste ut mulig omfang av reseptforfalskning. Dette gjøres i samarbeid med fylkeslegen osv...???

som går god for forsøket.

Kan vi få en krysset resept av deg til å bruke i dette forsøket ?