

Fører generisk substitusjon til feilbruk av legemidler?

En kartlegging av faktorer som kan bidra til non-compliance, som for eksempel dobbeltbruk og bevisst undermedisinering.

Marlene Eilertsen



Masteroppgave i samfunnsfarmasi
Farmasøytisk institutt

UNIVERSITETET I OSLO

15. mai 2008

Fører generisk substitusjon til feilbruk av legemidler?

En kartlegging av faktorer som kan bidra til non-compliance, som for eksempel dobbeltbruk og bevisst undermedisinering.



Masteroppgave i samfunnsfarmasi
Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo
Marlene Eilertsen, mai 2008

Veiledere:

Professor Else- Lydia Toverud,

Avdeling for samfunnsfarmasi, Universitet i Oslo

Stipendiat Helle Håkonsen,

Avdeling for samfunnsfarmasi, Universitet i Oslo

Forord

Med denne oppgaven settes sluttstrek for min tid som student ved Farmasøytisk Institutt. De siste tre semestrene med masteroppgave har vært både interessante, lærerike og krevende.

Først og fremst vil jeg rette en stor takk til de 100 informantene som stilte opp til intervju. Uten dere hadde ikke oppgaven vært mulig å gjennomføre. Samtidig vil jeg rette en stor takk til apotekene som deltok i studien, dere har vært til stor hjelp. Jeg vil også takke kjedenes hovedkontor for god hjelp med å finne de rette apotekene. Videre vil jeg takke veilederne mine, professor Else- Lydia Toverud og stipendiat Helle Håkonsen, for godt samarbeid og kyndig veiledning. Jeg vil også takke Hilde Borge for godt samarbeid.

Videre vil jeg takke til Stiftelsen til fremme av norsk apotekfarmasi for økonomisk støtte.

Til slutt vil jeg si tusen takk til familien min for at dere har holdt ut med meg gjennom en tøff studietid. Jeg vil rette en stor takk til min svigermor som har stilt opp og passet barna mine både sent og tidlig, uten deg hadde ikke oppgaven blitt ferdig i tide.

Oslo, 15. mai 2008,

Marlene Eilertsen

Innhold

Figurliste	7
Tabelliste	9
Sammendrag	11
1. Innledning	12
1.1 Pasientsikkerhet og non-compliance	12
1.1.1 Forvekslingsfare mellom legemidler	12
1.1.2 Begrepsavklaringer	13
1.1.3 Bevisst og ubevisst non-compliance	14
1.1.4 Måling av compliance	15
1.2 Generiske legemidler og generisk substitusjon	17
1.2.1 Hva er generiske legemidler?	17
1.2.2 Biotilgjengelighet, bioekvivalens og terapeutisk vindu	17
1.2.3 Bakgrunn for innføringen av generisk substitusjon i Norge	18
1.2.4 Byttelisten	19
1.2.5 Begrensninger	20
1.2.6 Trinnprissystemet	21
1.2.7 Generisk substitusjon i andre land	22
1.2.8 Generisk forskrivning	23
1.3 Hypertensjon	25
1.3.1 Hypertensjon	25
1.3.2 Behandling	26
1.3.3 Aldersgruppe (prevalens)	28
1.3.4 Compliance - en utfordring for hypertonicere	29
Hensikt	32

2.	Materiale og metode	33
2.1	Materiale.....	33
2.2	Metode.....	33
2.2.1	Pilotstudie	33
2.2.2	Rekruttering og intervju	34
2.2.3	Databehandling og analyse.....	35
2.2.4	Godkjenninger og økonomisk støtte.....	35
3.	Resultater	36
3.1	Sosiodemografiske data.....	36
3.2	Compliance.....	44
3.3	Bruk av kopimedisiner	50
3.4	Økonomi	58
3.5	Påstander	62
3.6	Resultater subgrupper.....	64
3.6.1	Informanter som har hatt slag eller hjerteinfarkt.....	64
3.6.2	Resultater om dobbeltmedisinering.....	67
4.	Diskusjon	70
4.1	Diskusjon av materialet.....	70
4.2	Diskusjon av metoden	70
4.3	Diskusjon av resultatene.....	73
4.3.1	Sosiodemografien	73
4.3.2	Compliance.....	75
4.3.3	Bruk av kopimedisiner	78
4.3.4	Økonomi	83
4.3.5	Påstander.....	84

4.3.6 Subgrupper.....	85
5. Konklusjon.....	88
6. Kildeliste.....	89
7. Vedlegg.....	95
7.1 Invitasjonsbrev	95
7.2 Samtykkeerklæring.....	95
7.3 Spørreskjema	95

Figurliste

Figur 5.1: Antall legemidler informantene brukte totalt og andelen av dem som var antihypertensiva, (n=100).....	37
Figur 5.2: Bruk av antihypertensiva fordelt på ATC- grupper, (n = 193).....	38
Figur 5.3: Det informantene mente var årsaken til at det ikke er ønskelig med forhøyet blodtrykk, (n=65).....	40
Figur 5.4: Antall ganger daglig informantene tar legemidler, (n = 100).....	41
Figur 5.5: Prosentvis hvor ofte informantene tror de glemmer å ta legemidlene sine, (n=100).....	44
Figur 5.6: Hvilken tid på døgnet informantene syntes det var vanskelig å huske og ta legemidler, (n=44).	46
Figur 5.7: Grunner til at informantene bevisst har latt være å ta legemidler, (n=20)...	47
Figur 5.8: Andelen informanter som var bekymret for noe når de skulle begynne på et nytt legemiddel, (n =100).....	48
Figur 5.9: Fordelingen mellom hva informantene svarte når de ble spurt om de synes det er vanskeligere å holde orden på legemidlene de bruker når de bruker kopimedisin, (n = 100).....	50
Figur 5.10: Fordelingen mellom hvilken informasjon informantene har fått om generisk substitusjon på apoteket, (n=100).	52

Figur 5.11: Grunner informantene opplyste at de hadde til å være bekymret når de skulle begynne på kopimedisin, (n = 29).....	55
Figur 5.12: Grunner til at informantene ikke ville bytte til generika på apoteket, (n=26).....	57
Figur 5.13: Andelen av informantene som syntes egenandelen var for lav, for høy eller passe, (n = 100).....	58
Figur 5.14: Betalingsvilligheten for å få originalpreparatet i stedet for kopimedisin for en tre måneders periode, (n = 100).	59
Figur 5.15: Årsaker informantene mente apoteket hadde til at de foreslo å bytte til kopimedisin, (n = 84).....	61

Tabelliste

Tabell 1.1: Prisreduksjoner i trinnprissystemet i 2008	21
Tabell 2.1: Svarprosenten ved de inkluderte apotekene, (n=6)	33
Tabell 5.1: Sosiodemografiske data for informantene fordelt på kvinner og menn, (n=100).....	36
Tabell 5.2: Tabellen viser om det var en sammenheng mellom det og nylig byttet legemiddel og år siden diagnosen hypertensjon ble stilt, (n = 100).	42
Tabell 5.3: Tabellen viser om informantene var konsekvente da de ble stilt spørsmål om compliance, (n = 100).	45
Tabell 5.4: I tabellen blir det sett på om det var en sammenheng mellom compliance og det å foreta et generisk bytte, (n = 100).	51
Tabell 5.5: Tabellen viser om det var en sammenheng mellom compliance og informasjon, (n = 100).	53
Tabell 5.6: Forholdet mellom hvor lenge det var siden informantene fikk diagnosen hypertensjon og om de hadde opplevd nye eller mer eller mindre bivirkninger etter at de begynte med kopimedisin, (n = 100).	54
Tabell 5.7. Betalingsvilligheten fordelt på informantenes sosiodemografiske forhold, (n=98).....	60

Tabell 5.8: Tabellen viser om det var de samme informantene som hadde opplevd nye bivirkninger eller mer eller mindre bivirkninger etter de begynte med kopimedisin og de som mente at kopimedisiner ofte var forbundet med flere bivirkninger enn originalen, (n=100).	63
Tabell 5.9: Sosiodemografiske data for informanter som hadde hatt infarkt eller slag, (n = 19).....	64
Tabell 5.10: Tabellen viser om informantene som har hatt infarkt eller slag (n=19), har bedre compliance enn resten av informantene (n=100).....	66
Tabell 5.11: Sosiodemografiske data for informanter som hadde dobbeltmedisinert seg, (n = 7).	68

Sammendrag

Non-compliance er assosiert med høyere kostnader for samfunnet, grunnet økt sykkelighet i befolkningen, flere legebeseøk, sykehusinnleggelse, redusert produktivitet og økt sykefravær. Å oppnå god compliance er en av de største utfordringene ved langtidsbehandling av sykdommer. Når en behandling i tillegg er profylaktisk og asymptomatisk, er compliance spesielt vanskelig. Det er godt dokumentert i mange studier at compliance synker ned mot 50 % ved slik behandling. Et godt eksempel på en behandlingsgruppe der dette kan være et problem er hypertonicere.

Målet med oppgaven var å undersøke om innføringen av generisk substitusjon i Norge har ført til feilbruk av legemidler, samt kartlegge faktorer som kunne bidra til non-compliance som for eksempel dobbeltmedisinering og bevisst undermedisinering.

Til sammen 100 hypertonicere mellom 50 og 80 år, bosatt i Oslo, som hadde sagt ja til å bytte til kopimedisin minst én gang, deltok i studien. Informantene ble rekruttert via seks apotek i Oslo. Det ble utført personlige intervju med et strukturert spørreskjema. Intervjuene fokuserte i hovedsak på compliance, kunnskaper om kopimedisin og hvordan informantene opplevde ordningen med generisk substitusjon.

Compliance viste seg å være overraskende god blant informantene, da bare 12 % opplyste at de glemte å ta legemidlene sine én gang i uken eller oftere. Det kan tyde på at dobbeltmedisinering var en aktuell risikofaktor for non-compliance da hele 7 % av informantene brukte dobbelt, enten kopi og original eller flere kopier av samme virkestoff samtidig. En annen faktor som bidro til non-compliance var at 9 % av informantene bevisst tok mindre legemidler enn forskrevet. Årsakene til at disse informantene tok mindre legemidler var enten at de var redde for bivirkninger eller at de hadde hørt noe ufordelaktig om legemidlet.

Trettifem prosent av informantene visste ikke hvorfor det ikke er ønskelig med forhøyet blodtrykk. Bedre informasjon kan være nøkkelen til å få løst mange av problemene i forbindelse med feilbruk. Leger, apotekpersonale og myndigheter må samarbeide aktivt og koordinert om å gi bedre informasjon om generisk substitusjon.

1. Innledning

1.1 Pasientsikkerhet og non-compliance

At pasienten alltid kan være trygg på at behandlingen han får i møte med helsevesenet til en hver tid er forsvarlig og god (pasientsikkerhet), er en betingelse for utøvelsen av helsetjenester. Likevel er det grundig dokumentert at helsetjenesten i vestlige land har en betydelig forekomst av uønskede hendelser og dødsfall som kunne vært forebygget. Verdens helseorganisasjon (WHO) anslår at det skjer uønskede hendelser under 10 % av sykehusoppholdene i vestlige land. De regner med at halvparten kunne vært forebygget. Det er ikke laget noen anslag for primærhelsetjenesten, men det er grunn til å anta at det også der er en del som kan forbedres [1,2].

På legemiddelområdet står også pasientsikkerhet i fokus, da det kan få store konsekvenser for pasienten hvis han ikke får rett legemiddel i rett dose til rett tidspunkt. I hovedsak tenker man på pasienten i møte med helsepersonell, men også pasienten selv har en viktig oppgave ved å ta legemidlene sine som forskrevet.

1.1.1 Forvekslingsfare mellom legemidler

Et kjent problem i helsetjenesten er at pasienter gis feil legemidler på grunn av at ulike legemiddelnavn eller -forpakninger ser like ut eller har lignende navn. På samme måte kan det være et problem for den enkelte pasient hjemme å se forskjell. I tillegg ser mange av tablettene/kapslene like ut og kan dermed forveksles.

1.1.2 Begrepsavklaringer

En av de største utfordringene i forhold til legemiddelbehandling er om pasienten tar rett virkestoff, i riktig dose og til rett tid [3]. Som mål på dette brukes ofte uttrykket compliance. Compliance oversettes til norsk med etterlevelse. Dette er ikke en direkte oversettelse da compliance egentlig betyr føyelighet, lydighet eller ettergivenhet [4]. Betegnelsen, brukt i legemiddelsammenheng, har blitt kritisert på grunn av undergravingen av gjensidig kontakt og forståelse mellom pasient og lege. I begrepet compliance ligger det at pasienten gjør slik legen har sagt, uten at pasienten er delaktig i bestemmelser om egen behandling.

I de siste årene har både uttrykket compliance og adherence blitt brukt i sammenhenger der det er snakk om riktig legemiddelbruk. Man velger å bruke begrepet adherence, som vanligvis oversettes med henge fast eller overholde. I dette begrepet vektlegges det at pasienten er fri til å bestemme selv om han vil overholde legens anbefalinger. Pasientens rolle i sin egen behandling blir tatt hensyn til, slik at adherence reflekterer samarbeidet og det delte ansvaret mellom lege og pasient i større grad enn hva begrepet compliance gjør [5]. I litteraturen blir termene compliance og adherence brukt om hverandre. Uansett er det snakk om to begreper som begge beskriver pasientens oppførsel, og ordbøker gir ingen klare forskjeller i definisjon på de to uttrykkene. I denne oppgaven er det valgt gjennomgående å bruke uttrykket compliance.

Et annet mye brukt begrep er concordance. Med dette uttrykket prøver man å få frem i hvilken grad pasient og lege er enige om sykdom og behandling. Concordance må ikke blandes med compliance/adherence, som sier noe om pasientens oppførsel, da concordance sier noe om prosessen og utfallet av en konsultasjon mellom pasient og lege [6]. Høy grad av concordance vil ofte gi en høyere compliance [5].

1.1.3 Bevisst og ubevisst non-compliance

Mange pasienter tar ikke legemidlene sine slik legen har forskrevet. Det kan være ulike årsaker til dette. I litteraturen blir ordet non-compliance brukt som en motsetning til compliance og man deler gjerne non-compliance inn i to hovedkategorier:

1. De som helt bevisst ikke tar legemidlene om forskrevet (bevisst non-compliance).
2. De som har intensjon om riktig bruk, men forskjellige hindringer kommer i veien (ubevisst non-compliance).

I begge kategorier er det flere faktorer som bidrar til slik oppførsel, og det kan være mer enn én faktor som avgjør hvordan enkeltindividet tar legemidlene sine. Både sosiale og medisinske faktorer, i tillegg til psykologiske, kan være av betydning. I en svensk artikkel av Nilsson, fra 2000, påstås det at følgende faktorer påvirker pasientenes legemiddelbruk [7]:

- Innstilling til sykdom og legemiddelbruk
- Vurdering av nytte/risiko
- Tidligere erfaring med behandling
- Behandlingens kompleksitet og praktiske problemer/løsninger
- Møte med helsepersonell (lege, farmasøyt og sykepleier)
- Påvirkning fra venner, familie og media
- Kunnskap
- Økonomi

Likevel kan en si at forglemmelse kanskje er det største problemet når det gjelder non-compliance [8]. Studier indikerer at det er stor spredning i compliance, både blant pasienter med samme sykdom og med forskjellige sykdommer. I noen studier, gjort på langtidsbehandling, er compliance funnet til å variere fra 33 til 94 % avhengig av om behandlingen er forebyggende, lindrende eller kurerende. Compliance er generelt godt under 100 % og studier viser at uavhengig av sykdommens alvorlighetsgrad, vil

compliance synke mot 50 % når det kreves behandling med legemidler over lang tid [3]. For sykdommer som astma og epilepsi, der de negative konsekvensene er nært forstående hvis pasienten ikke tar legemidlene sine, er compliance vist å være bedre enn ved sykdommer som ikke har noen nært forstående konsekvenser [9]. Compliance bedrer seg ofte i tiden før en legevisitt og synker etter man har vært hos legen [10].

1.1.4 Måling av compliance

Forskjellige metoder blir brukt for å måle compliance, der alt fra selvrapporing til sofistikerte elektroniske metoder blir brukt. Man deler gjerne disse målemetodene inn i tre kategorier [11]:

- Subjektive metoder
- Direkte metoder
- Indirekte metoder

Eksempler på bruk av subjektive metoder er pasientintervju og selvrapporing fra pasientene. I noen tilfeller kan en bruke direkte målemetoder. Eksempel på en direkte målemetode er analyse av konsentrasjoner av legemiddelnivåer i forskjellige kroppsvæsker, som blod, urin og spytt. Et eksempel på et område der denne metoden blir mye brukt er antiepileptika. Metoden blir generelt sett på som mer til å stole på enn subjektive målemetoder [12]. Et annet eksempel er ved behandling med tiazider, hvor en har forhøyede serumkonsentrasjoner av urinsyre. Denne måten å måle compliance på er kontroversiell i forhold til hvor mye en kan stole på slike markører og hva man skal bruke som standard [13]. I tillegg er det store individuelle forskjeller når det gjelder metabolisme generelt.

Det er imidlertid mest vanlig å benytte seg av indirekte målingsmetoder som for eksempel tablettellinger, enten ved telling av gjenværende tabletter eller elektronisk registrering. Andre eksempler er kontroll av reseptuttak og legers vurdering av pasientens compliance [14]. Reseptregisteret kan også brukes som verktøy for å måle compliance ved å se på reseptuttak fra apotek. Ved bruk at dette registeret får man eksakt informasjon om hvor mye og hvilke legemidler som er hentet ut fra apoteket.

Man får da ut mye data på en enkel måte. Likevel er det en betydelig svakhet at man ikke vet noe om i hvilken grad pasienten tar legemidlene sine og om legemidlene kanskje samler seg opp hjemme hos pasienten. I litteraturen hevdes det at den mest nøyaktige måten å måle compliance på er ved elektroniske metoder, som Medication Event Monitoring System (såkalte MEMS). Ved denne metoden får man eksakt og detaljert informasjon om compliance. En hovedårsak til at denne metoden ikke blir mer brukt er at den er kostbar. Derfor blir den stort sett bare brukt i studiesammenheng [15,16].

1.2 Generiske legemidler og generisk substitusjon

1.2.1 Hva er generiske legemidler?

Et legemiddel blir generisk når patentet utgår og andre produsenter starter produksjon av legemidler med samme virkestoff. Fra og med patentutløp kalles også legemidlet produsert av tidligere patentinnehaver for generisk. Tidligere patentinnehaver blir heretter omtalt som originallegemiddel (original), og legemidler med samme virkestoff fra andre produsenter blir omtalt som kopimedisin (kopi). Kopimedisin har et annet merkenavn og utseende, men inneholder samme virkestoff i samme styrke som originallegemidlet [17]. Kopimedisinen må også møte samme krav til styrke, renhet, kvalitet og identitet som originalen. Hjelpstoffene kan variere, men de må opptre i en lignende mengde i forhold til virkestoffet i originallegemidlet [18].

1.2.2 Biotilgjengelighet, bioekvivalens og terapeutisk vindu

Forskjeller i biotilgjengelighet mellom ulike preparater med samme virkestoff er et mye brukt argument mot generisk substitusjon. Bakgrunnen for dette argumentet er at dette i noen tilfeller kan medføre bivirkninger eller mangelfull eller økt effekt ved å bytte fra original til kopi eller fra en kopi til en annen. Variasjoner i biotilgjengeligheten på ± 20 -30 % eller mer er vanligvis helt uproblematisk for legemidler med bredt terapeutisk vindu, mens variasjoner ned til ± 5 -10 % kan tenkes å ha betydning ved bruk av legemidler med smalt terapeutisk vindu (se 1.2.3).

Resultater fra biotilgjengelighetsstudier, der man har sammenlignet ulike preparater med samme virkestoff, viser at variasjonen mellom preparatene som oftest er innenfor ± 3 %. Dette er en klinisk ubetydelig forskjell som står i sterk kontrast til den store biologiske dag-til-dag-variasjonen som finnes ved inntak av legemidler. Det er kjent at dietiske, kronobiologiske og andre forhold kan gi variasjoner i biotilgjengelighet på inntil 60 % ved peroralt inntak og på minst 10 -15 % ved parenteral administrasjon av

ett og samme preparat over tid [19]. I tillegg kan enkeltindivider ha stor forskjell i eliminasjonshastighet.

Kravene som stilles for at et legemiddel skal bli godkjent som generisk likeverdig varierer fra land til land. Verdens Helseorganisasjon (WHO) har laget retningslinjer som sier at 18-24 friske voksne menn og kvinner i alderen 18-55 år, som er normalvektige, skal brukes i en cross-over studie når en vil studere bioekvivalens. Forskjellen i gjennomsnittlig bioekvivalens er tillatt å være mellom 0,8 og 1,25 for at legemidlene skal kunne regnes som bioekvivalente [20]

Selv om de fleste kopimedisiner på markedet i dag blir sett på som terapeutisk bioekvivalente til originallegemidlet, har det blitt identifisert en rekke legemiddelgrupper der det er vanskelig å oppnå bioekvivalens. Dette er legemidler som er relativt uløselig i vann, har smalt terapeutisk vindu og legemidler med ikke-lineær kinetikk. I klinisk praksis har det også blitt avdekket en god del problemer i forhold til bioekvivalens og enkelte spesifikke legemiddelklasser. Dette gjelder først og fremst enkelte kardiovaskulære legemidler (f. eks digoxin), antikonvulsive legemidler, enkelte NSAIDs, psykotropiske legemidler og levotyroxin. I tillegg er det formuleringsmessige problemer ved legemidler med forsinket frisetting (modified-release), lavdose antikonsepsjonsmidler og annen hormonterapi [18]. På grunn av problemer som disse, omfatter det generiske markedet til nå stort sett legemidler med et relativt bredt terapeutisk vindu.

1.2.3 Bakgrunn for innføringen av generisk substitusjon i Norge

Med apotekloven som trådte i kraft 1. mars 2001, ble ordningen med generisk substitusjon introdusert i Norge. Hensikten med innføringen av bytteordningen var at pasienter, leger og apotek skulle medvirke til en mer rasjonell legemiddelbruk. Ordningen omfatter både legemidlene pasienten selv betaler, og legemidler som refunderes av Folketrygden. I henhold til apotekloven skal apoteket informere pasienten om billigste alternativ og prisforskjellen [21]. Legen oppfordres også til å

informere pasientene om at et bytte kan finne sted på apoteket. Undersøkelser i Norge har vist at sistnevnte er svært viktig for at pasienten skal ha en trygghetsfølelse ved uttak av legemidler på apoteket [22].

1.2.4 Byttelisten

Apoteklovens § 6-6 beskriver ordningen med generisk bytte og er hjemmel for Statens legemiddelverks utarbeidelse og vedlikehold av listen over generisk likeverdige legemidler, "Byttelisten". Listen danner grunnlaget for hvilke legemidler apotekene kan foreslå bytte mellom [23].

For at et legemiddel blir regnet som byttbart i Norge og dermed blir oppført på byttelisten, må kopimedisinen inneholde samme virkestoff som originallegemidlet og Statens legemiddelverk må vurdere det som medisinsk likeverdig til originalen. Dette gjelder uansett formulering eller grunnlag for markedsføringstillatelse. Medisinsk likeverdighet vurderes ut fra den samlede dokumentasjon som kan omfatte biotilgjengelighet, bioekvivalens, sykdomstilstand, administrasjonsmåte, doseringsanvisning og/eller pasientgruppe. Det tas kun hensyn til forskjeller i salter, estere, isomerer og andre varianter av virkestoffet i de tilfeller når dette har signifikant betydning for effekt eller sikkerhet. De fleste legemidler inkluderes direkte i bytteordningen. Dette er legemidler som blir parallellimportert til Norge, kopimedisiner, legemidler eller legemiddelgrupper der Legemiddelverkets faggruppe har etablert praksis gjennom tidligere vurderinger og alle legemidler som er godkjent etter Article 10 i direktiv 2004/27 EC (med en del unntak). En del legemidler krever særlig faglig vurdering. Byttelisten oppdateres hver måned, og ligger på Statens legemiddelverks hjemmeside. Fram til 1.oktober 2004 inneholdt denne listen kun tabletter, kapsler, miksturer og stikkpiller [24]. Etter det har byttelisten blitt utvidet til også å gjelde følgende legemiddelformer: Raskt oppløsbare legemidler i fast form, legemidler som er i oppløsning ved tidspunkt for administrering, legemidler med modifisert frisetting, enkelte injeksjons- og infusjonspreparater og legemidler til lokal applikasjon med systemisk effekt [25].

Selv om legemidlet står på byttelisten, må apoteket forholde seg til to begrensninger i bytteretten (1.2.5):

1.2.5 Begrensninger

Begrenset bytte

Noen legemidler blir bare godkjent for begrenset bytte. Dette innebærer at disse legemidlene kan byttes på apotek ved oppstart av behandling, mens ved et eventuelt senere bytte må ansvarlig forskriver gi tillatelse til byttet. Disse legemidlene har enten smalt terapeutisk vindu, er relativt uløselige i vann eller er legemidler med ikke-lineær kinetikk [18,24,26]. Det kan være formuleringsmessige problemer med legemidler med depoteffekt (modified-release), lavdose antikonsepsjonsmidler og annen hormonterapi.

Reservasjonsrett

Legen har rett til å reservere pasienten mot generisk substitusjon av tungtveiende medisinske grunner i henhold til Blåreseptforskriftens § 7 [27]. Reservasjon skal vurderes av legen i hvert enkelt tilfelle, i det en standardisert reservasjon ikke oppfyller kravene til faglig vurdering. Flere medisinske forhold knyttet til pasientens situasjon kan være relevante når legen skal vurdere om bytte er forsvarlig. Eksempler på dette kan være at pasienten bruker mange legemidler, har problemer med å holde orden på legemidlene sine, har negative erfaringer med bytte eller har allergier i forhold til enkelte hjelpestoffer [27]. Den medisinske vurderingen som ligger bak reservasjonen skal legen alltid nedtegne i journalen [22,28].

Pasienten har også rett til å reservere seg mot bytte. Pasientreservasjon kan medføre at pasienten må betale økt egenandel eller pris. Pasienter som motsetter seg bytte må selv betale prisforskjellen mellom det legemidlet apoteket foreslår og det legen har forskrevet dersom trinnpris(1.2.7). Denne summen skal ikke føres på kvitteringskortet for egenandeler [17].

1.2.6 Trinnprissystemet

Fra 1. januar 2005 ble det innført et nytt prisfastsettelsessystem, trinnprissystemet, for legemidler med generisk konkurranse. Bakgrunnen for dette var liten priskonkurranse til tross for innføringen av generisk bytte og økt omsetning av kopimedisiner samt at myndighetene fortsatt anså prisene på generika som høye sammenlignet med Sverige og Danmark. Trinnprissystemet sørger for at prisene på legemidler automatisk går ned når legemidlene får stabil generisk konkurranse. I trinnprissystemet gis legemidler som har gått av patent og er oppført på Statens legemiddelverk sin bytteliste, reduserte priser. Trinnprisene fastsettes på AUP-nivå (apotekets utsalgspris). Per januar 2008 er 42 virkestoffer omfattet av trinnprissystemet. Prisreduksjonene kommer trinnvis, og ser slik ut [23,29,30]:

Tabell 1.1: Prisreduksjoner i trinnprissystemet i 2008

Omsetning siste 12 måneder før generisk konkurranse	< 100 mill. kr		>100 mill. kr
Tidspunkt for kutt			
1. Kutt Ved generisk konkurranse	30 %		30 %
2. Kutt 6 måneder etter generisk konkurranse	55 %		75 %
Omsetning minst 12 måneder etter siste kutt	>15 mill kr	> 30 mill. kr og < 100 mill. kr	>100 mill. kr
Tidspunkt for kutt			
3. Kutt Tidligst 12 måneder etter siste kutt	65 %	80 %	85 %

Både beregninger gjennomført av Apotekforeningen og en evaluering gjennomført av Statens legemiddelverk, viser at trinnprissystemet i stor grad har gitt de innsparinger som var forventet. Et godt eksempel på dette er prisnedgangen på det kolesterolsenkende legemidlet simvastatin. Etter simvastatin mistet sin patentbeskyttelse og ble gjenstand for generisk konkurranse, har gjennomsnittsprisen per dose falt fra 7 kr per DDD i 2003 til 0,99 kr i 2007. Prisen er følgelig redusert til under 15 % av den opprinnelige prisen, noe som er i tråd med kuttsatsen i trinnprissystemet. [31].

1.2.7 Generisk substitusjon i andre land

Danmark, Sverige og Finland har alle innført generisk substitusjon, og deres ordninger ligner mye på den norske. Flere EU land og mange stater i USA har også system for generisk substitusjon i apotek.

Sverige

Generisk substitusjon ble innført i Sverige 1.oktober 2002. Deres system er stort sett likt det norske bortsett fra at når apoteket foretar et bytte, skal farmasøyten skriftlig underrette forskriver. En annen forskjell er at den ekspederende farmasøyt i visse tilfeller kan motsette seg bytte av legemidler. Denne bestemmelsen gjelder for eksempel ved tilpassede pakninger (som kalenderpakninger), forskrivning av delte doser (som halv tablett) og ved mangel på passende pakningsstørrelser [26].

Finland

Generisk substitusjon ble innført i Finland fra 1.april 2003, til tross for protester fra industri og forskrivere. På begynnelsen av 1990- tallet ble det innført frivillig generisk forskrivning og i 1996 oppfordret Legemiddelstyrelsen til generisk forskrivning. Denne ordningen ga mangelfulle økonomiske resultater, og innføringen av generisk substitusjon i 2003 kom som et resultat av dette. En stor markedsføringskampanje fra det finske sosialdepartementet og en positiv rapportering i media har ført til stor aksept

for den nye ordningen. Generisk substitusjon i Finland beskrives i dag som en økonomisk suksess [26].

Danmark

I Danmark ble ordningen med generisk substitusjon innført i 1991. Deres G skjema inneholder de fleste generiske legemidlene. For at apoteket skulle kunne foreta et bytte, måtte legene skrive G på resepten. Dette ble endret i juni 1997, til at apotekene kunne bytte såfremt legen ikke hadde reservert pasienten mot bytte på resepten.

Pasientene får det forskrevne legemidlet med mindre prisforskjellen er mindre enn 5-20 danske kroner. På flergangsresepter skal apoteket gi ut det samme legemidlet som ble ekspedert første gang på resepten. Pasientene har selv anledning til å motsette seg bytte [32].

1.2.8 Generisk forskrivning

I Storbritannia har man løst ordningen med generisk substitusjon på en annen måte, gjennom generisk forskrivning [33]. Ved generisk forskrivning skriver legen legemidlets virkestoff (generiske navn) på resepten i stedet for merkenavnet. Apoteket utleverer da det billigste preparatet med det aktuelle virkestoffet [22,26].

I en oversiktsartikkel i Tidsskrift for Den Norske Legeforening om forskrivning av virkestoff fra februar 2006, konkluderes det med at det er på høy tid at en slik ordning innføres i Norge [19]. I Storbritannia har forskrivning av virkestoff vært oppmuntret til siden 1968 [33,34]. I Sverige er det avsluttet et vellykket prøveprosjekt med forskrivning av virkestoff. Det ble ikke identifisert noen avgjørende faglige argumenter mot ordningen. Det konkluderes med at ordningen trolig vil bidra til økt pasienttrygghet, da det vil være samsvar mellom navnet på resepten og legemidlet apoteket utleverer [19]. I den svenske rapporten kommer det også frem at de ikke ser noe økonomisk insentiv til å innføre generisk forskrivning i Sverige da den økonomiske vinningen allerede er oppfylt ved innføringen av generisk substitusjon [34]. I en rapport fra legemiddelstyrelsen i Danmark, fra 2006, konkluderes det med at

det ikke anbefales å innføre generisk forskrivning i landet. Årsakene til denne konklusjonen er at de mener at de pasientsikkerhetsmessige fordelene ikke er godt nok dokumenterte, den reelle positive samfunnseffekten er vanskelig å kvantifisere og at det ikke vil oppnås noen økonomiske besparelser utover ordningen med generisk substitusjon som allerede er innført. Likevel overveies det å iverksette et forsøk med frivillig generisk forskrivning dersom det er et utbredt og entydig ønske om det fra interessentene [35].

Mye av diskusjonen rundt generisk substitusjon har dreid seg om risikoen for dobbeltmedisinering. I en svensk studie fra 2004 kom det frem at en tredel av de pasientene, som hadde prøvd generisk substitusjon, syntes det var forvirrende at det sto forskjellig navn på resepten og på det legemidlet de fikk utlevert på apoteket [36].

Det oppfordres til at forskrivning av virkestoff også bør innføres ved ordinering og rekvirering av legemidler i sykehus. Man antar at risikoen for misforståelser ved overføring av pasienter mellom primæromsorg og institusjonsbasert omsorg vil minimaliseres [19].

1.3 Hypertensjon

1.3.1 Hypertensjon

Blodtrykk defineres som det sirkulerende blodets trykk på karveggene [37]. Det avhenger av hjertets pumpekraft, motstanden i blodårene og væskemengden i kroppen. Reguleringen skjer direkte via sympatiske nerver, og påvirking av forskjellige hormoner. Når blodtrykket øker er det ofte behov for medikamentell behandling [38].

Teoretisk sett kan hypertensjon være et resultat av en økning i hjertets pumpeevne eller i den totale perifere motstanden, eller begge deler. I realiteten er hypertensjon først og fremst en ”karmotstandssykdom”, og endringer i de perifere blodkarene er ofte årsaken til det økte blodtrykket. Disse endringene kan være av fysiologisk art, hvor tonus i de glatte muskelcellene økes slik at de hele tiden blir litt for stramme. Det skjer også anatomiske endringer, hvor åreveggene blir tykkere og stivere (ved for eksempel aterosklerose). Fysiologiske og anatomiske endringer gjør at blodårenes diameter reduseres, noe som igjen bidrar til å øke den totale perifere motstanden. Et resultat av dette er at blodtrykket gradvis stiger for å opprettholde tilstrekkelig blodstrøm til alle kroppens vev. Venstre ventrikkel hypertrofi er gjerne et tegn på at blodtrykket har vært økt over tid [39].

Hypertensjon deles inn i to grupper, avhengig av om man finner årsaken til det økende blodtrykket eller ikke.

Primær eller essensiell hypertensjon (ca 95 % av tilfellene):

Ved essensiell hypertensjon er årsaken ukjent, men arvelig disposisjon, overvekt, fysisk inaktivitet, høyt alkoholinntak og høyt inntak av koksalt kan være medvirkende faktorer[38].

Sekundær hypertensjon (ca 5 % av tilfellene)

Ved sekundær hypertensjon menes det at det er en bakenforliggende årsak til det forhøyede blodtrykket. De vanligste årsakene er renal- eller renovaskulær sykdom som kronisk glomerulonefritt eller pyelonefritt, kollagen sykdom i nyrer, obstruktiv uropati og nyrearteriestenose [38].

Graden av hypertensjon kan defineres slik (WHO 1999) [38]:

- Mild: Systolisk trykk 140–159 mm Hg og/eller 90–99 mm Hg diastolisk.
- Moderat: 160–179 mm Hg systolisk trykk og/eller 100–109 mm Hg diastolisk trykk.
- Alvorlig: ≥ 180 mm Hg systolisk og/eller ≥ 110 mm Hg diastolisk trykk.
- Isolert systolisk hypertensjon: Systolisk trykk ≥ 150 mm Hg, men diastolisk trykk < 90 mm Hg.

1.3.2 Behandling

Ikke-medikamentell behandling

Ikke-medikamentell behandling danner basis i all blodtrykksbehandling. Ved mild hypertensjon bør ikke-medikamentell behandling alene prøves i 3–9 måneder. Viktigst er røykestopp fordi det reduserer den totale risiko for hjerte-karsykdom. Inntak av salt bør reduseres, spesielt hos personer med stort saltforbruk. Et mindretall av blodtrykkspasienter er saltsensitive, og en periode med kraftig saltrestriksjon kan være et forsøk verdt. Det er usikkert om høyt inntak av kalium kan forebygge utvikling av høyt blodtrykk. Vektreduksjon gir effektiv blodtrykksreduksjon ved overvekt, men er ofte vanskelig å gjennomføre. BMI bør helst normaliseres (< 26 kg/m²). En halvtimes rask gange tre til fem ganger i uken kan redusere blodtrykket. Inntak av alkohol kan øke blodtrykket, derfor bør inntaket hos personer med hypertensjon helst ikke overstige 1-2 alkoholenheter per dag [38].

Medikamentell behandling

Hvis ikke behandling uten legemidler fører til diastolisk trykk < 90 mm Hg og/eller systolisk trykk < 140 mm Hg, må legemiddelbehandling vurderes ved å ta hensyn til alder, diabetes, familieanamnese, kolesterol og øvrige risikofaktorer for aterosklerose [38].

Anbefalingene ved antihypertensjonsbehandling tilsier at man starter med ett legemiddel i lav dose. Den første dosen bør tas hjemme slik at pasienten lett kan legge seg ned ved eventuell svimmelhet. Dosejustering bør ikke skje for raskt da full effekt av en gitt dose ofte først kommer etter flere uker. Store doser og for rask doseøkning fører ofte til et risikabelt raskt blodtrykksfall (ortostatisk hypotensjon) og gir også unødig tretthet og slapphet. Hvis man ikke oppnår tilfredsstillende resultat med en middels dose av en type antihypertensivt middel, anbefaler man en kombinasjon av to ulike typer i forholdsvis lave doser fremfor å øke dosen av det ene legemidlet. Dette reduserer faren for unødvendige bivirkninger og man får flere angrepspunkter for å få senket blodtrykket. Hos over 50 % av pasientene må man benytte mer enn ett legemiddel for å oppnå tilstrekkelig blodtrykkssenkende effekt [38].

Noen kombinasjoner er mer hensiktsmessige enn andre, og de mest brukte finnes i kombinasjonspreparater (ACE-hemmere/ angiotensin II-reseptorantagonist + diuretika, ACE-hemmere + kalsiumantagonist og betareseptorantagonister + kalsiumantagonist) [38].

1.3.3 Aldersgruppe (prevalens)

Eldre mennesker har forskjellig farmakodynamikk- og kinetikk sammenlignet med friske voksne. De har også ofte multiple medisinske tilstander som medfører bruk av mange forskjellige legemidler i kombinasjon (polyfarmasi). Dette medfører igjen en betydelig økt risiko for interaksjoner og bivirkninger. Eldre mennesker trenger derfor ekstra oppfølging og råd angående sin legemiddelbruk. Til eldre anbefales ajourføring av et medisinkort og bruk av dosett eller multidose for å hindre feilbruk [40].

Svekket hukommelse (begynnende demens) og andre mentale problemer byr på spesielle utfordringer i forhold til Eldres legemiddelbruk. Legen må være spesielt oppmerksom på denne muligheten og legge opp medisineren deretter.

Kopimedisiner har samme virkestoff, men blir gitt i en annen pakning, der tablettene/kapslene kan ha en annen form og/eller farge. Dette kan potensielt resultere i at pasienten tror han har fått forskrevet et nytt legemiddel og bruker samme legemiddel dobbelt opp, såkalt dobbeltmedisinering [18]. En annen måte dobbeltmedisinering kan skje på, er at pasienten bruker to forskjellige typer kopimedisin av samme virkestoff fordi de tror det er forskjellige typer legemidler. Faren for dette har vært et av hovedargumentene mot innføringen av generisk bytte.

Det har stor praktisk betydning at kroppsvekten ofte er sterkt nedsatt hos kronisk syke gamle, samt at nyrefunksjonen reduseres årlig med 1 % fra ung voksen alder. De fleste personer over 85 år har moderat eller alvorlig nedsatt nyrefunksjon. Den praktiske konsekvensen av dette er at man bør unngå legemidler med smalt terapeutisk vindu og som skilles ut renalt dersom det finnes sikrere alternativer. For legemidler eller metabolitter som i hovedsak utskilles via nyrene, er det påkrevd med dosejustering. Eksempler på slike legemidler er ACE-hemmere. Med alderen skjer det en gradvis økning av kroppens relative fettmengde, mens det intracellulære væskevolumet reduseres. Fettløselige legemidler får derfor et større distribusjonsvolum, som gjør at utskillelsen forsinkes og virketiden forlenges. For vannløselige legemidler blir forholdet omvendt, det inntreer raskere høyere plasmakonsentrasjoner mens virketiden reduseres [41].

Det er dokumentert at behandling av essensiell hypertensjon hos eldre opptil 85 år kan redusere risiko for hjerneslag, hjerteinfarkt og hjertesvikt. Det er imidlertid grunn til å minne om at eldre er mer følsomme for raske blodtrykksendringer, og at markert blodtrykksfall kan utløse myokardiskemi og iskemisk hjerneslag. Det er holdepunkter for at antallet adrenerge betareseptorer i hjertet reduseres med alderen. I praksis kan det bety at betablokkere ikke har like god antihypertensiv effekt hos gamle som hos unge [41].

1.3.4 Compliance - en utfordring for hypertonikere

Non-compliance er assosiert med høyere kostnader for samfunnet, grunnet økt sykkelighet i befolkningen, flere legebeseøk, sykehusinnleggelser, redusert produktivitet og økt sykefravær [42]. Det å oppnå god compliance er en av de største utfordringene ved langtidsbehandling. Når behandlingen i tillegg er profylaktisk og asymptomatisk er compliance spesielt vanskelig. Et godt eksempel på en slik behandling er antihypertensjonsbehandling.

Ved medikamentell behandling av hypertensjon sees non-compliance på som et stort helseproblem i samfunnet. Sammenhengen mellom et kontrollert blodtrykk og redusert risiko for kardiovaskulære hendelser har vært etablert i mer enn 40 år [43]. I flere studier har det kommet fram at ned mot 50 % av pasientene ikke tar legemidlene sine som forskrevet [3]. Non-compliance sies å være hovedgrunnen til at bare 25 % av pasienter, som får medikamentell behandling mot hypertensjon i USA og andre industrialiserte land, har blodtrykket under kontroll [44,45]. Mange store studier, som for eksempel ALLHAT- studien og HOT- studien, har demonstrert fordelene ved å ha blodtrykket under kontroll for å redusere risikoen for kardiovaskulær mortalitet og morbiditet hos pasienter med hypertensjon [46,47].

Flere faktorer spiller inn når det gjelder compliance og hypertonikere. Eksempler på dette er mange bivirkninger, kompliserte doseringsregimer med flere legemidler sammen og tilstandens asymptomatiske natur før utvikling av komplikasjoner [42]. En

livslang profylaktisk behandling er helt klart en utfordring i forhold til motivasjon og compliance.

Det har blitt gjort en god del studier på compliance og behandling av hypertensjon. Pasientene har en stabil kronisk risikofaktor, som i de fleste tilfeller blir behandlet over en lang tidsperiode. De fleste studier gjort på compliance, har blitt utført ved at pasientene selv rapporterer sin legemiddelbruk. Slike studier konkluderer ofte med god compliance, som for eksempel en studie av Kulkarni SP et.al, fra 2006, der compliance ved kardiovaskulære legemiddelregimer ble undersøkt over en tidsperiode på ett år. Pasientene beskrev selv legemiddelbruken sin ved start og etter 12 måneders behandling. Studien konkluderte med compliance på 72- 82 % [48]. En mulig årsak til at resultatene blir så gode, er at pasientene pynter på sine egne resultater. I tillegg er det lett å glemme at man har glemt å ta legemidler, særlig når rapporteringen skjedde med 12 måneders mellomrom.

I en studie av Wang PS et al, fra 2003, ble det diskutert hvilke faktorer som spilte inn når det gjaldt overestimering av compliance i en studie som brukte selvrappotering som metode. En viktig faktor var at flere pasienter ofte ikke hadde forstått hvordan de skulle ta legemidlene sine. Disse pasientene trodde dermed at de hadde god compliance, mens de egentlig ikke tok legemidlene som forskrevet. Mange pasienter, som gikk på antihypertensiv behandling, trodde at de hadde fått foreskrevet symptomatisk behandling i stedet for profylaktisk. Dermed tok de bare legemidler når de trodde de hadde symptomer. En annen faktor som spilte inn var hukommelse. Ofte var det store intervaller mellom hver rapportering i studiene, for eksempel hadde pasientene ofte glemt at de noen ganger glemte å ta legemidlene sine. En tredje faktor var at det å være pliktoppfyllende er en god dyd som mennesker tilstreber, og ved selvrappotering kunne det være fristende å pynte litt på sine egne tall. En annen måte å studere compliance på er ved tablett-tellinger. Denne metoden har også flere svakheter. En klar svakhet er at pasienten vet at legemiddelbruken blir overvåket, og vil dermed prøve å gjøre sitt beste for å oppnå god compliance. Dette blir dermed en kunstig situasjon, der resultatene blir vanskelig å generalisere [49-51].

En studie av Morgan SG et al fra 2004 viser at i løpet av det første året etter en pasient starter hypertensjonsbehandling, vil opptil halvparten av pasientene slutte å ta legemidlene sine [52]. Disse resultatene viser at det er ytterst viktig å sette fokus på compliance helt fra starten av behandlingen. En studie av Wogen et al sammenlignet compliance for tre forskjellige klasser av antihypertensiva, kalsiumkanalblokkere (amlodipin), ACE-hemmere (lisinopril) og angiotensin II reseptorblokkere (valsartan) [53]. Resultatene viste en signifikant forskjell mellom legemiddelgruppene når det gjaldt hvor mange av pasienten som fortsatt tok legemidlene sine etter ett år. Signifikant flere pasienter tok valsartan (63 %) mot amlodipin (53 %) og lisinopril (50 %). Årsaken til denne forskjellen ble antatt å være at bivirkningsprofilen til valsartan er bedre enn med de andre legemidlene [53].

Hensikt

Hensikten med oppgaven er å undersøke om generisk substitusjon resulterer i feilbruk av legemidler, samt kartlegge faktorer som kan medvirke til non-compliance som for eksempel dobbeltmedisinering og bevisst undermedisinering.

Hovedproblemstilling:

Har generisk substitusjon ført til feilbruk av legemidler?

Underproblemstillinger:

Er bevisst undermedisinering en aktuell risikofaktor for feilbruk av legemidler?

Har generisk substitusjon medført dobbeltbruk av legemidler?

Har personer som har hatt hjerteinfarkt eller hjerneslag høyere compliance enn andre hypertonicere?

2. Materiale og metode

2.1 Materiale

Et hundre blodtrykkspasienter bosatt i Oslo deltok i studien. Informantene var mellom 50 og 80 år, bodde hjemme og styrte legemiddelbruken sin selv, samt hadde samtykket til generisk substitusjon minst en gang av følgende ATC- koder: C02, C03, C04, C07, C08 og C09.

Tabell 2.1: Svarprosenten ved de inkluderte apotekene, (n=6)

Apotek	Ja	Nei	Svarprosent
apotek 1	25	7	72 %
apotek 2	14	3	78 %
apotek 3	6	5	55 %
apotek 4	22	10	55 %
apotek 5	14	4	71 %
apotek 6	19	8	58 %
Sum	100	37	73 %

2.2 Metode

2.2.1 Pilotstudie

Det ble utført en pilotstudie på fire informanter som alle var innenfor inklusjonskriteriene for studien. Da resultatene herfra viste seg å være tilfredsstillende, ble det ikke gjort noen vesentlige endringer på spørreskjemaet.

2.2.2 Rekruttering og intervju

Det ble utført en kvantitativ intervjuundersøkelse med strukturert spørreskjema. Å møte informantene personlig ble valgt for å unngå misforståelser, forglemmelser og for å få informantene til å konsentrere seg om intervjuet.

Informantene ble forespurt om deltagelse i studien via seks apotek i Oslo i perioden november 2007- mars 2008. Apotekene ble valgt ut i fra geografisk spredning og kjedetilhørighet. Rekrutteringen av apotek foregikk via kjedens hovedkontor.

Datainnsamler sendte forespørsel per e-post til hovedkontorene, som deretter valgte apotek ut i fra hvilke apotek som hadde kapasitet til å rekruttere informanter. Deretter kontaktet datainnsamler apotekene via telefon, og avtalte tid for å holde informasjonsmøte for apotekets ansatte. Apotekansatte og i noen grad studenten selv rekrutterte kunder i målgruppen. For å avtale tid for personlig intervju, kontaktet datainnsamler informantene per telefon. Intervjuene foregikk hovedsaklig hjemme hos informantene, men også på kafeer i nærområdet til informantens bolig eller ved Universitetet i Oslo i de tilfellene da det var mest hensiktsmessig.

Under intervjuet ble den samme informasjonen gitt til alle informantene. Til intervjuene ble det benyttet et strukturert spørreskjema med totalt 78 spørsmål hvorav 50 lukkede spørsmål og 28 åpne spørsmål. Hvert intervju hadde en varighet på mellom 20 og 30 minutter. Kommentarer som kom i løpet av intervjuet ble notert.

Informantene hadde mulighet til å reservere seg mot å svare på enkelte spørsmål og fikk opplyst at de når som helst kunne trekke seg fra intervjuet uten å måtte oppgi grunn. All personidentifiserbart materiale ble slettet innen oppgavens avslutning. Det vil ikke være mulig å tilbakeføre opplysninger til enkeltpersoner i oppgaven.

2.2.3 Databehandling og analyse

Datamaterialet ble sortert og analysert i SPSS versjon 14.

2.2.4 Godkjenninger og økonomisk støtte

Studien ble godkjent av Norsk samfunnsvitenskapelig datatjeneste (NSD) og tilrådd av Regional etisk komité (REK).

Studien fikk økonomisk støtte fra Stiftelsen til fremme av norsk apotekfarmasi.

Pengene ble bruk til å gi et Universalgavekort på 200 kr til hver informant for å oppnå så høy svarprosent som mulig.

3. Resultater

3.1 Sosiodemografiske data

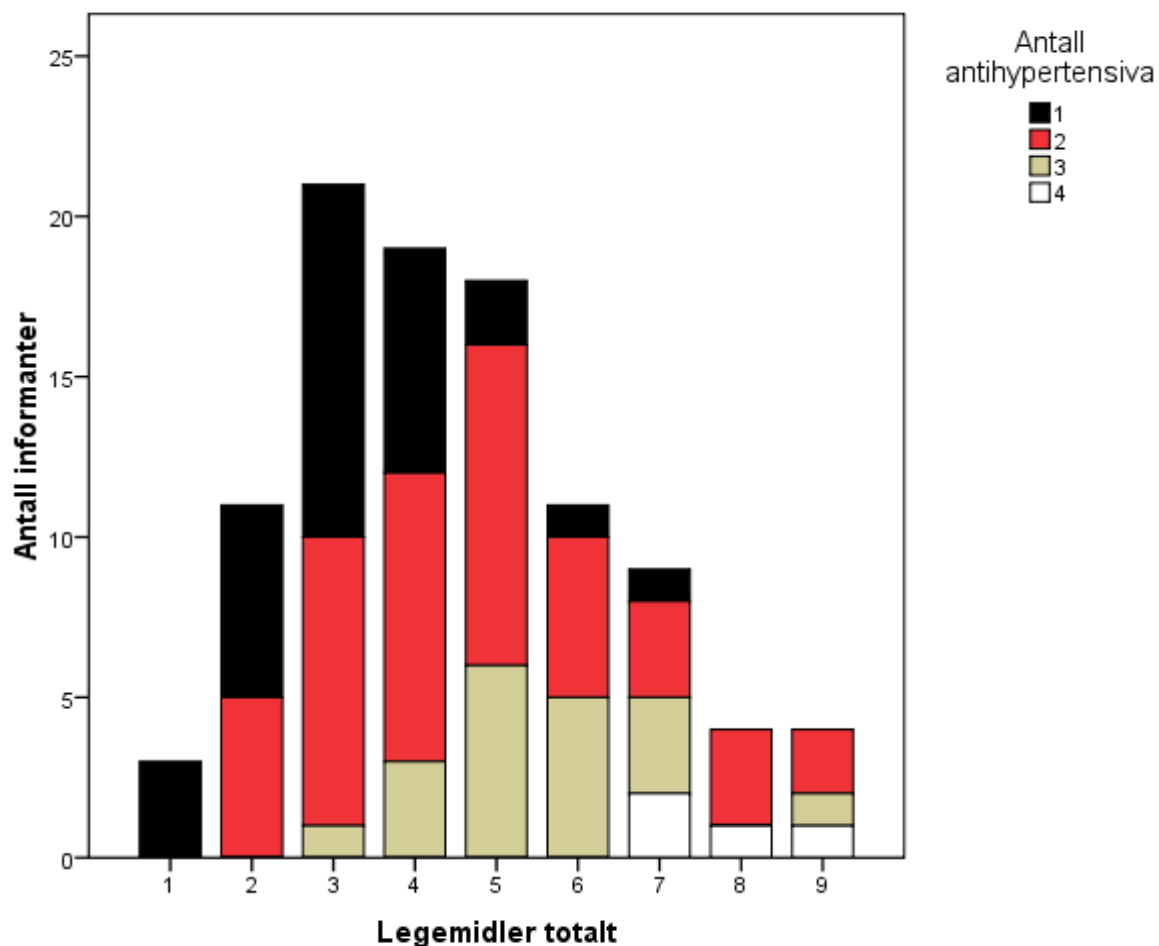
De første spørsmålene under intervjuet handlet om å få kartlagt de sosiodemografiske forholdene. Informantene ble spurt om alder, sivilstatus, arbeidsforhold, utdanning og om hvor lenge det var siden diagnosen hypertensjon ble stilt. Tabell 5.1 viser en oversikt over hvordan disse forholdene var, fordelt på kjønn.

Tabell 5.1: Sosiodemografiske data for informantene fordelt på kvinner og menn, (n =100).

	Kvinner	Menn	Total
Alder			
50 – 65 år	24	23	47
66 – 80 år	24	29	53
Sivilstatus			
Gift/ samboer	24	40	64
Bor alene	24	12	36
Arbeidsforhold			
I arbeid	14	24	38
Ikke i arbeid	34	28	62
Utdanning			
Lavere	30	27	57
Høyere (høyskole /universitet)	18	25	43
Antall år siden diagnosen høyt blodtrykk ble stilt			
0-2 år	6	3	9
2-5 år	10	9	19
5-10 år	14	11	25
Mer enn 10 år siden	18	29	47
Total	48	52	100

Legemiddelbruk

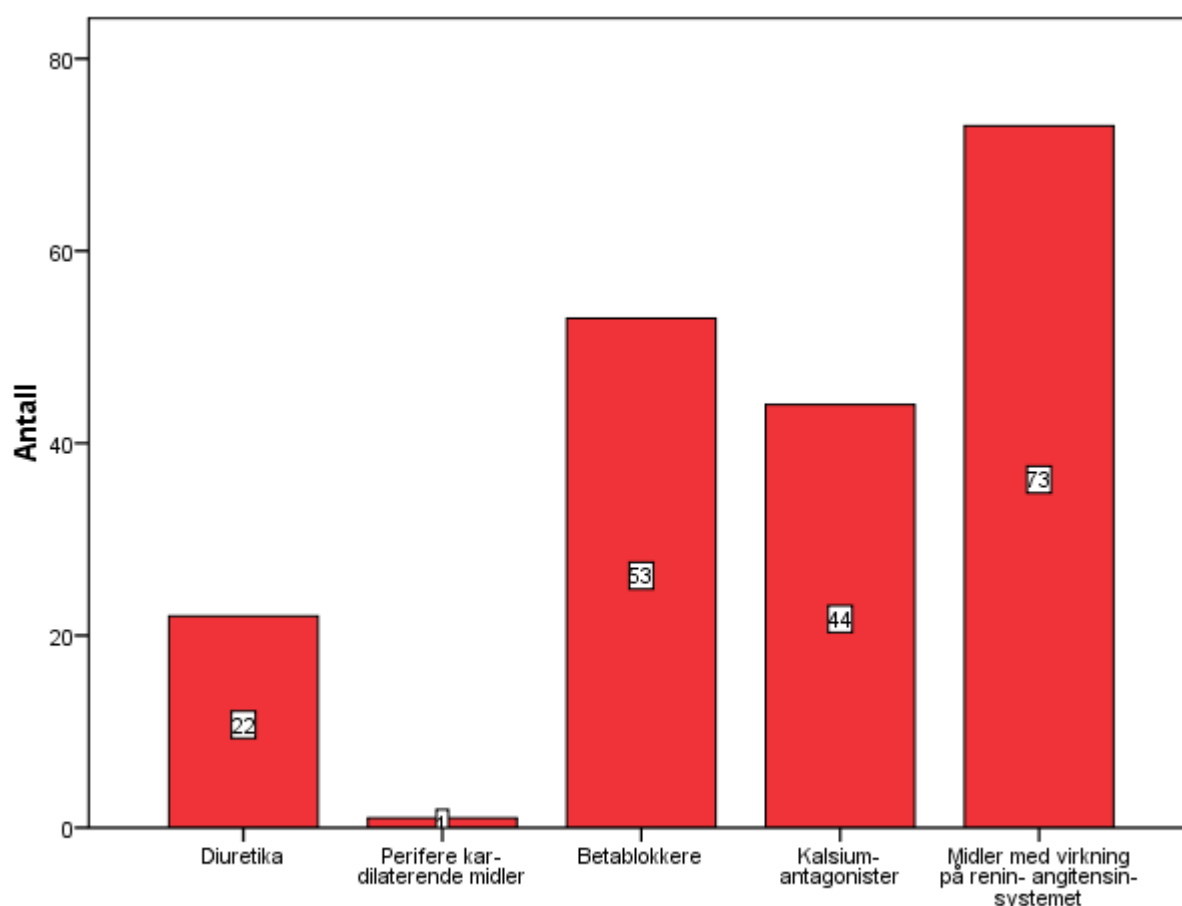
Informantene ble spurt om hvor mange legemidler de brukte totalt og hvor mange antihypertensiva de brukte (figur 5.1).



Figur 5.1: Antall legemidler informantene brukte totalt og andelen av dem som var antihypertensiva, (n=100).

”Jeg liker ikke legemidler, sammenligner det med å sitte i rullestol. Dette er noe jeg alltid må huske på, til ekstra bry. Jeg reiser fra dem hele tiden, har enda ikke klart å akseptere at jeg må ta dem. Dette går på følelser.”

Informantene brukte gjennomsnittlig 4,5 legemidler totalt, deri 1,9 antihypertensiva. Gjennomsnittsalderen til informantene var på 66 år. Da man delte informantene inn i to aldersgrupper, 50-65 år og 66-80 år, så man at gruppen med de eldre informantene i gjennomsnitt brukte flere legemidler enn de yngre. Gruppen 50-65 år brukte i gjennomsnitt 4,1 legemidler, mens informantene mellom 66 og 80 år brukte 5,1 legemidler gjennomsnittlig. Når det gjaldt bruk av antihypertensiva, var det gjennomsnittlige antallet legemidler nokså likt med 1,9 legemidler for de yngre og 2,0 for de eldre, altså ca to antihypertensiva i gjennomsnitt. Ut fra figuren kan en se at det bare var tre informanter som brukte ett legemiddel, mens alle de 97 andre hadde mer enn ett legemiddel å holde orden på. Bruk av de forskjellige typer antihypertensiva er vist i figur 5.2.



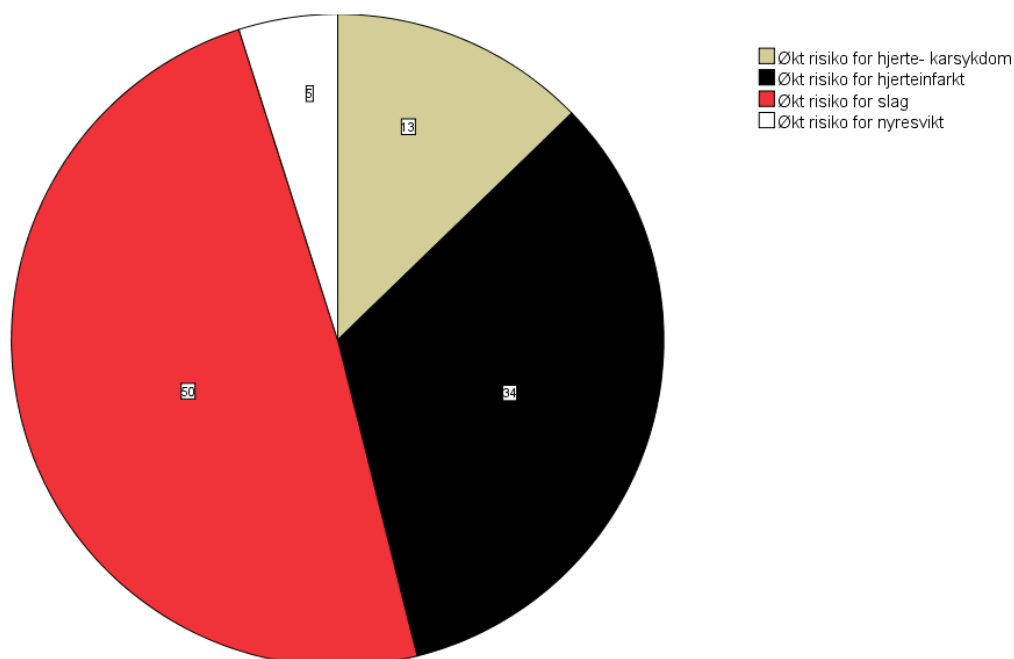
Figur 5.2: Bruk av antihypertensiva fordelt på ATC- grupper, (n = 193).

Tjueto prosent av informantene brukte legemidler i ATC-gruppe C03 (diuretika), 1 % i ATC-gruppe C04 (perifere kardilaterende midler), 53 % i ATC- gruppe C07 (betablokkere), 44 % i ATC- gruppe C08 (kalsiumantagonister) og 73 % i ATC-gruppe C09 (midler med virkning på renin-angiotensinsystemet). Ingen informanter brukte legemidler i ATC-gruppe C02. De vanligste kombinasjonene av antihypertensiva var C07+ C09 (36 stk) og C08+ C09 (13 stk) og C07+ C08+ C09 (9 stk).

Syttiåtte prosent av informantene begynte med legemidler med en gang de fikk diagnosen høyt blodtrykk. Av de 22 % som ikke begynte med legemidler med en gang, ble andre tiltak prøvd i 19 av 22 tilfeller. Tiltakene som ble prøvd var mer mosjon (12 av 22), spise sunnere (mer grønt, mindre sukker) (11 av 22), stresse ned (5 av 22) og vektreduksjon (3 av 22)

Kunnskap om hypertensjon

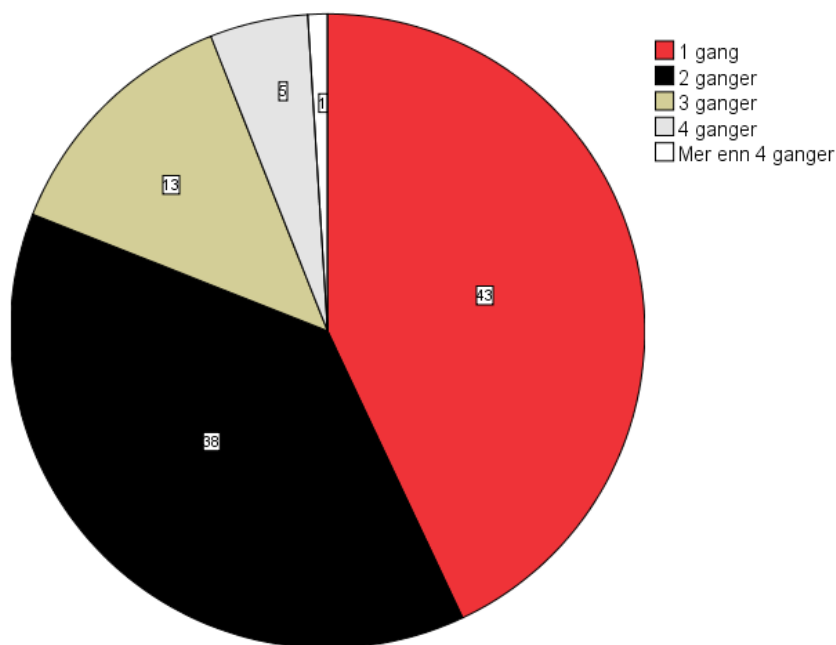
Femtiåtte prosent av informantene hadde fått vite hvor lenge de stå på antihypertensiv behandling. Av disse mente 56 % at de skulle ta legemidlene resten av livet og 2 % sa at de kunne slutte etter en eventuell vektreduksjon. Det vil si at 56 % av informantene visste at de mest sannsynlig gikk på en livslang behandling. 65 % av informantene visste hvorfor det er ønskelig at folk ikke har forhøyet blodtrykk. I tabell 5.3 kan en se hva informantene mente årsaken var til at det er ønskelig at folk ikke har forhøyet blodtrykk. På dette spørsmålet var det mulig å avgi mer enn ett svar.



Figur5.3: Det informantene mente var årsaken til at det ikke er ønskelig med forhøyet blodtrykk, (n=65)

Hypertensjon- dosering, bivirkninger og symptomer

Syttiseks prosent av informantene opplyste at de har normalt blodtrykk, 20 % litt høyt og 2 % høyt blodtrykk. Trettifire informanter fortalte at de hadde plager eller symptomer i forbindelse med hypertensjon. Eksempler på symptomer informantene mente skyldes hypertensjon er hodepine, svimmelhet, raskt puls, trykk for brystet, svettetokter hjertebank, vondt bak øynene og at de ikke orket like mye som før (var sliten og ble raskt andpusten). For i etterkant å kunne se på compliance blant informantene, var det viktig å se på hvor mange ganger om dagen informantene måtte huske på å ta legemidlene sine, se figur 5.4.



Figur 5.4: Antall ganger daglig informantene tar legemidler, (n = 100).

Det var ingen informanter som tok antihypertensiva mer enn to ganger daglig, og de fleste tok gjerne disse legemidlene om morgenen. Seks prosent av informantene tok legemidler fire ganger eller mer daglig. Disse informantene hadde kroniske sykdommer (diabetes, KOLS og parkinson). De mest brukte legemidlene for andre indikasjoner var statiner (ATC- gruppe C10 - simvastatin, lipitor og pravachol) med 48 %, blodfortynnende (ATC-gruppe B01- Albyl-E, Marevan) med 54 %, antidiabetika (ATC – gruppe A10 - metformin, glimepirid, Avandamet og forskjellige insulinpreparater) med 21 % og legemidler mot lavt stoffskifte (ATC – gruppe H03 – levaxin og levothyronin) med 11 %. 10 % av informantene brukte ikke legemidler for andre indikasjoner enn hypertensjon. Informantene ble spurt om de hadde andre legemidler mot hypertensjon, i tillegg eller i stedet for, dem de brukte nå i løpet av det siste året. Forholdet mellom hva informantene svarte på spørsmålet og hvor lenge det var siden de fikk hypertensjon er fremstilt i tabell 5.4.

Tabell 5.2: Tabellen viser om det var en sammenheng mellom det og nylig byttet legemiddel og år siden diagnosen hypertensjon ble stilt, (n = 100).

Hvor lenge er det siden du fikk diagnosen høyt blodtrykk?	Har du brukt andre legemidler mot høyt blodtrykk, i tillegg til eller i stedet for, dem du bruker nå i løpet av det siste året?		
	Ja	Nei	Total
0-2 år	3	6	9
2-5 år	5	14	19
5-10 år	3	22	25
Mer enn 10 år	4	43	47
Total	15	85	100

Stort sett var årsaken til at informantene hadde byttet til et annet legemiddel, at de hadde opplevd bivirkninger eller at legemidlet de brukte først ikke hadde tilstrekkelig effekt. Tolv prosent av informantene brukte legemidler regelmessig som ikke var på resept. Legemidlene de brukte var Ibux, paracetamol i forskjellige varianter, Novalucid, Titalac, Balancid, Galviscon, Prostax og naturlegemidlene Venastat og Ginko Biloba.

Forskjellige apotek og leger

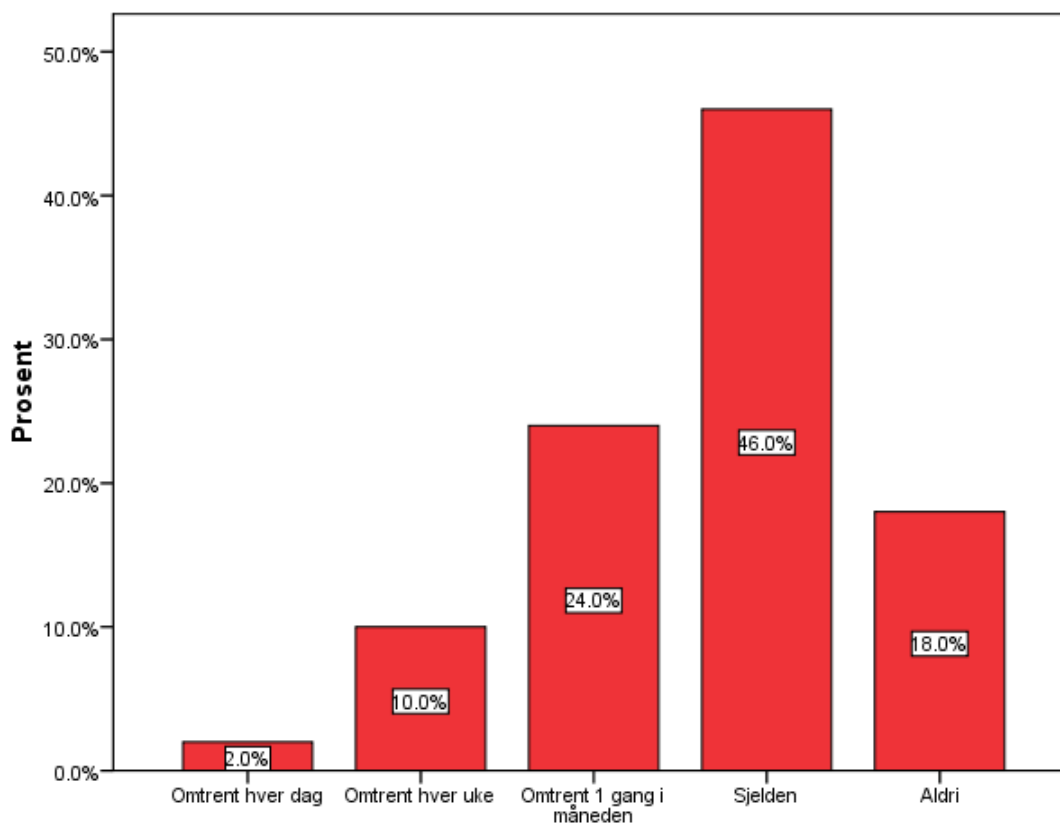
Sekstiseks prosent av informantene gikk stort sett til samme apotek hver gang de hentet ut legemidler. De resterende 34 % fortalte at de gjerne byttet mellom to eller tre apotek. Grunnen til at de brukte flere apotek, var at de enten hadde flere apotek i nærområdet, at det lå et apotek ved siden av jobben eller ved siden av legekantoret i tillegg til det der de bodde.

”Jeg gikk på et annet apotek dagen etter jeg hadde fått metoprolol for å få Selo-Zok, siden jeg ikke turte å bruke det nye legemidlet.”

Åtti prosent av informantene gikk til samme lege hver gang de undersøkte blodtrykket eller fikk nye resepter. Av de 20 % som gikk til flere leger, var det bare 1 % som brukte forskjellige allmennleger, mens de andre gikk til kontroll på sykehuset med jevne mellomrom og fikk også forskrevet resepter der.

3.2 Compliance

Compliance var et av hovedområdene det ble fokusert på under intervjuet. Det første spørsmålet som var naturlig å spørre når det gjaldt compliance, var hvor ofte informantene tror selv at de glemmer å huske på å ta legemidlene sine, se figur 5.5.



Figur 5.5: Prosentvis hvor ofte informantene tror de glemmer å ta legemidlene sine, (n = 100).

”Jeg må se legemidlene mine hele tiden, har de liggende fremme på kjøkkenbenken. I tillegg har jeg ett sett legemidler på jobben og ett hjemme hos foreldrene mine.”

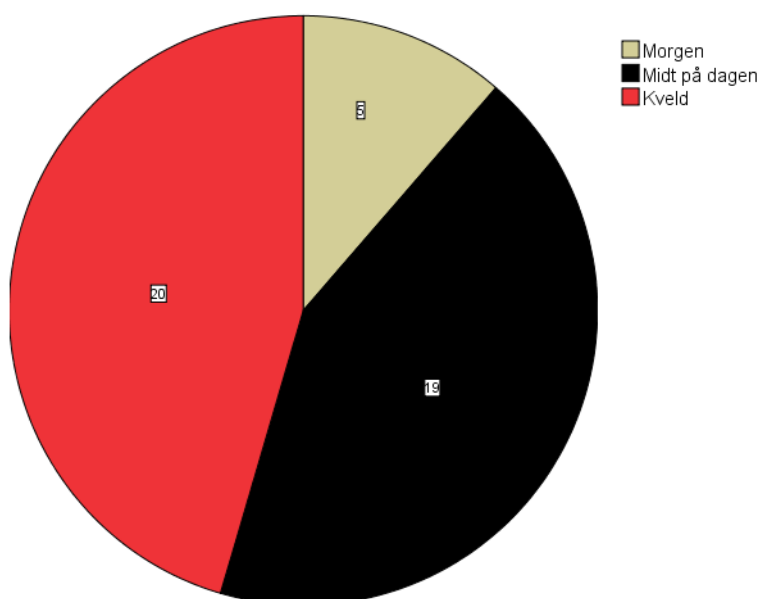
Som et oppfølgingsspørsmål til dette, ble informantene spurt om de syntes det var vanskelig å huske og ta legemidlene sine. Disse to spørsmålene ble sammenlignet for å undersøke om informantene var konsekvente i svarene de gav, (tabell 5.3).

Tabell 5.3: Tabellen viser om informantene var konsekvente da de ble stilt spørsmål om compliance, (n = 100).

Syntes du det er vanskelig å huske å ta legemidlene dine?	Hvor ofte tror du at du glemmer å ta legemidlene dine?					
	Omtrent hver dag	Omtrent hver uke	Omtrent 1 gang i måneden	Sjeldnere enn 1 gang i måneden	Aldri	Total
Ja	2	1	5	3	1	12
Nei	0	5	11	39	16	71
Av og til	0	4	8	4	1	17
Total	2	10	24	46	18	100

Fem av informantene, som ikke syntes det var vanskelig å huske og ta legemidlene sine, sa at de glemte å ta medisinen sin omtrent hver uke. To informanter, som sa at de aldri hadde glemt å ta medisinen sine, sa at de syntes det var vanskelig eller av og til vanskelig å huske og ta legemidlene sine. På spørsmålet om hvor ofte informantene trodde at de glemte å ta legemidlene sine, var det liten forskjell mellom aldersgruppene. Men på oppfølgingsspørsmålet om de syntes det var vanskelig å huske og ta legemidlene sine, var det forskjell. Av de eldre informantene sa 34 % at de syntes det var vanskelig eller av og til vanskelig å huske, mens 23 % av de yngre sa det samme.

Syttini prosent av informantene tok legemidlene sine stort sett til fast tid hver dag, mens 11 % sa at det kom an på hva de gjorde om dagene og 10 % sa at de ikke tok legemidlene sine til fast tid. Trettien prosent av informantene sa at de syntes det var vanskeligere å ta legemidler når de var på ferie, hadde besøk eller på spesielle dager, mens 8 % sa "av og til" og 60 % ikke syntes det var vanskeligere. Når informantene ble spurt hva de gjorde hvis de glemte å ta medisiner sine, svarte hele 87 % at de hoppet over den glemte dosen og tok neste dose dagen etter. Ti prosent av informantene sa at de tok legemidlene da de kom på at de har glemt, men forskjøv da neste dose slik at de ikke tok dobbelt. De siste 3 % tok dobbelt opp med legemidler når de skulle ta neste dose. Førtifire prosent syntes det var vanskelig å ta medisiner en spesiell tid på døgnet. Hvilken tid på døgnet de syntes det var vanskelig er vist i kakediagrammet nedenfor, figur 5.6.

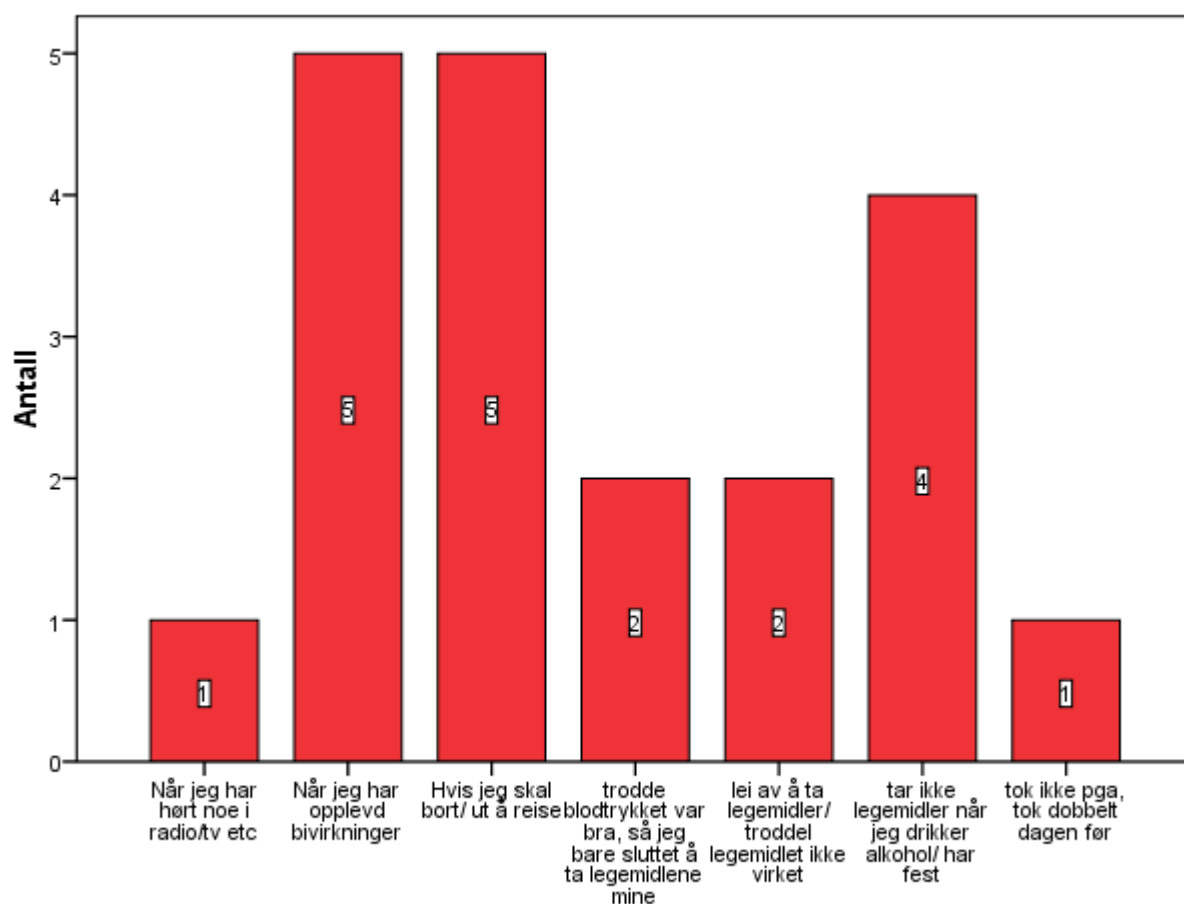


Figur 5.6: Hvilken tid på døgnet informantene syntes det var vanskelig å huske og ta legemidler, (n=44).

Bevisst non-compliance

”Jeg liker ikke medisiner, er det virkelig nødvendig, eller er dette noe naturen selv vil lege?”

Informantene ble spurt om de noen gang bevisst hadde latt være å ta legemidlene sine. På dette spørsmålet fortalte 73 % av informantene at de ikke bevisst hadde gjort det, mens 20 % sa at de hadde og 7 % ikke husket om de hadde gjort det. Hva de 20 informantene som svarte at de noen ganger bevisst lot være å ta legemidler opplyste som grunn, blir fremstilt i tabell 5.7.

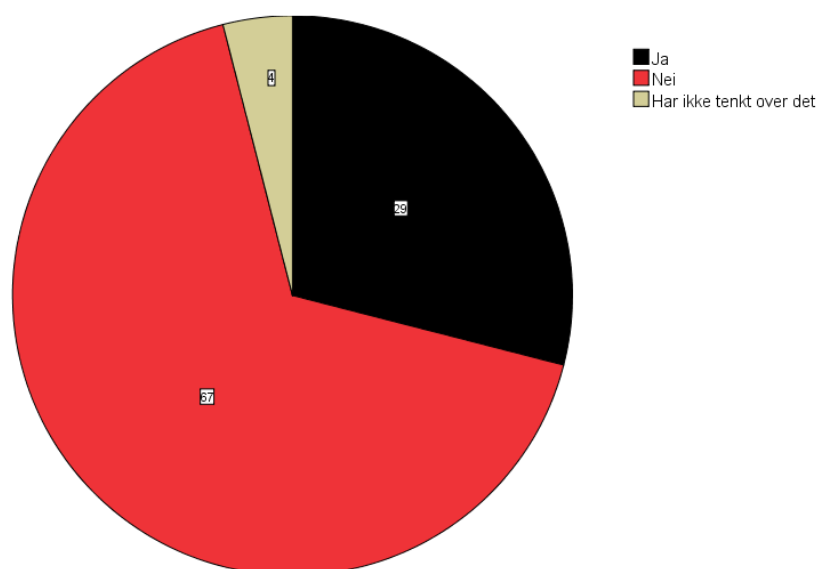


Figur 5.7: Grunner til at informantene bevisst har latt være å ta legemidler, (n=20).

Trettien prosent av informantene tenkte ofte på at de kunne få bivirkninger av legemidlene de brukte. Ni av 31 tok mindre legemidler enn legen hadde forskrevet. Av disse ni tok fire av dem ikke mindre antihypertesiva, mens fem også tok mindre dose av disse uten å konfere med legen. Av de fire informantene som svarte at de tok bevisst mindre av andre legemidler, tok en mindre Albyl-E og tre hadde helt sluttet å ta simvastatin. Den ene av de tre informantene som hadde sluttet å ta simvastatin, fortalte at det hadde vært mye negativt i media om uheldige bivirkninger av statiner og turde derfor ikke ta legemidlet. Da datainnsamler spurte hvorfor hun ikke hadde snakket med legen sin om dette, sa hun at legen kom til å si at hun skulle ta legemidlet til tross for bivirkningene. I tillegg ville hun ikke bli uvenner med legen sin ved å si han i mot. Når det gjelder fordelingen mellom aldersgruppene på dette spørsmålet, var det en skjevhet. Førtitre prosent av de mellom 50 og 65 år tenkte ofte på at de kunne få bivirkninger av legemidlene de brukte, mot bare 21 % hos den eldre gruppen (66-80 år).

Bekymret for å bruke legemidler

Informantene ble så spurt om det var noe de bekymret seg for da de skal begynne med et nytt legemiddel, og hva de svarte på dette spørsmålet er fremstilt i figur 5.8.



Figur 5.8: Andelen informanter som var bekymret for noe når de skulle begynne på et nytt legemiddel, (n =100).

Det yngre informantene var mer bekymret når de skulle begynne med et nytt legemiddel enn de eldre, med henholdsvis 38 % og 21 %. Tjueni prosent av alle informantene var bekymret for noe da de fikk forskrevet et nytt legemiddel. Femten av 29 var redde for bivirkninger. Andre grunner til at informantene bekymret seg, var for eksempel at de generelt var skeptiske til å ta legemidler eller at de mente de fikk nedsatt selvbilde av å måtte være ”avhengig” av legemidler. Trettitre prosent av informantene syntes det var problematisk å måtte ta legemidler over lengre tid. Grunnen til at de syntes det var problematisk, var at de måtte huske på legemidlene hele tiden – også da de skulle ut å reise, at det var unaturlig å tilføre kroppen noe kunstig, at de generelt var skeptiske og at de var lei av å ta legemidler.

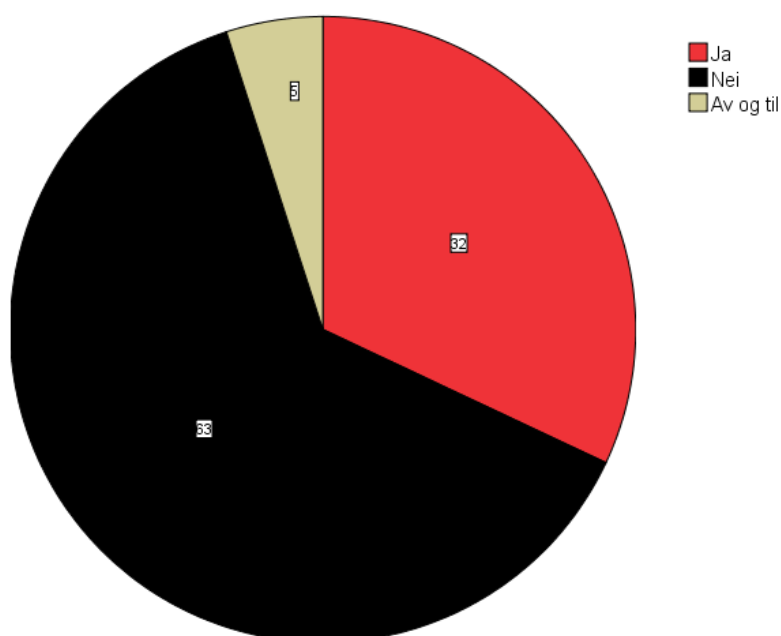
Oppbevaring av legemidler

Det var stor forskjell på hvordan informantene oppbevarte legemidlene sine. Eksempler på oppbevaring var på kjøkkenbenken i originalemballasjen, i dosett, ved siden av tannbørsten på badet og kveldsmedisinen på nattbordet. Informantene hadde også funnet på egne ”dosetter”, som for eksempel en informant som hadde en blank pose for hvert legemiddel (tok alle tablettene ut av blisterpakningene). En annen hadde gjemt legemidlene sine inni i en gammel patron rundt halsen og en tredje hadde legemidlene sine i en liten boks i nøkkelknippet sitt.

3.3 Bruk av kopimedisiner

”Jeg tar det jeg får og går ut i fra at de vet hva de gjør på apoteket.”

Det første informantene ble spurt om når det gjaldt generisk substitusjon var om de syntes det var vanskeligere å holde orden på hvilke legemidler de brukte etter at det hadde blitt foretatt et generisk bytte (tabell 5.4).



Figur 5.9: Fordelingen mellom hva informantene svarte når de ble spurt om de synes det er vanskeligere å holde orden på legemidlene de bruker når de bruker kopimedisin, (n = 100).

Det var ingen forskjell på hva de to aldersgruppene svarte da de ble spurt om de syntes det er vanskeligere å holde orden på legemidlene sine da de brukte kopimedisin.

Tabell 5.4: I tabellen blir det sett på om det var en sammenheng mellom compliance og det å foreta et generisk bytte, (n = 100).

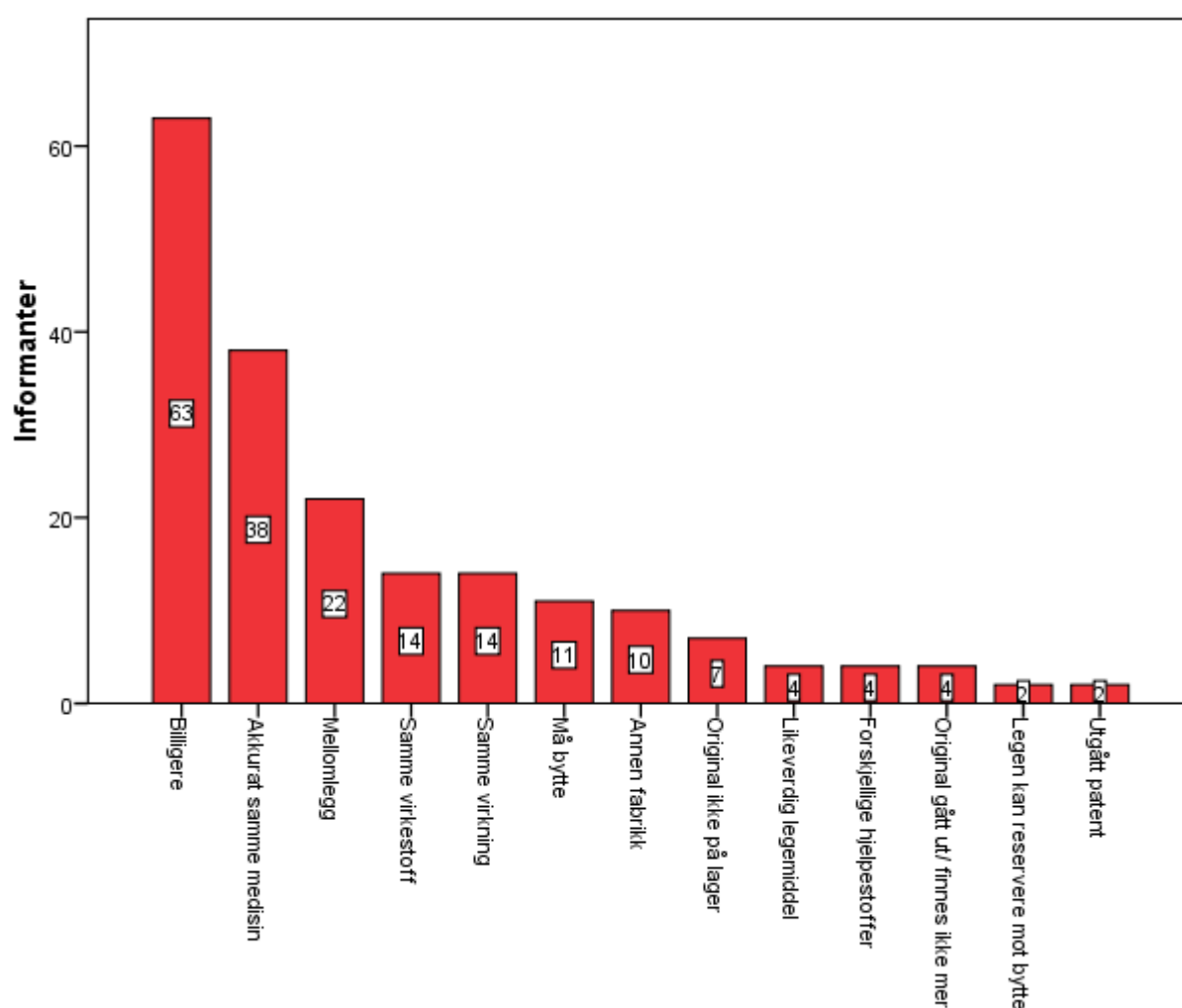
Hvor ofte tror du at du glemmer å ta medisinen din?							
Syntes du det er vanskeligere å holde orden på medisinene dine når du bruker kopimedisiner?		Omtrent hver dag	Omtrent hver uke	Omtrent 1 gang i måneden	Sjelden	Aldri	Total
	Ja	0	4	10	13	5	32
	Av og til	0	1	0	2	2	5
	Nei	2	5	14	31	11	63
	Total	2	10	24	46	18	100
Syntes du det er vanskelig å huske å ta legemidlene dine?							
	Ja	Av og til	Nei	Total			
Ja	3	8	21	32			
Av og til	0	1	4	5			
Nei	9	8	46	63			
Total	12	17	71	100			

Informasjon fra apotek og lege

Det er interessant å få vite hvilken informasjon informantene har fått om ordningen med generisk substitusjon og hvor de har fått informasjon. Nittifire prosent av informantene sa at de hadde fått informasjon på apoteket. Tjuetre prosent av informantene sa at legen hadde informert om kopimedisiner, men i de fleste tilfellene fikk informantene bare informasjon hvis de spurte om å få det selv. Noen informanter ville at legen skulle skrive det generiske navnet på resepten (generisk forskrivning) og andre mente at det ville vært bedre om legen hadde informert dem om byttet. I tillegg hadde 22 % hørt om kopimedisiner i media, fire av venner og familie og to på Internett.

”Jeg hadde ikke turt å bytte hvis ikke legen hadde sagt det først.”

Informantene ble også spurt om de var fornøyd med den informasjonen de hadde fått. På dette spørsmålet svarte 70 % av informantene at de syntes de hadde fått tilstrekkelig informasjon om generisk substitusjon, mens 29 % ikke syntes informasjonen de hadde fått var tilstrekkelig og én sa at han ikke visste hva han mente. I figur 5.10 blir det fremstilt hvilken informasjon informantene hadde fått om ordningen.



Figur 5.10: Fordelingen mellom hvilken informasjon informantene har fått om generisk substitusjon på apoteket, (n=100).

Tabell 5.5: Tabellen viser om det var en sammenheng mellom compliance og informasjon, (n = 100).

Syntes du at du har fått tilstrekkelig informasjon om ordningen?	Hvor ofte tror du at du glemmer å ta medisinen din?					
	Omtrent hver dag	Omtrent hver uke	Omtrent 1 gang i måneden	Sjelden	Aldri	Total
Ja	2	7	17	32	12	70
Nei	0	3	7	13	6	29
Vet ikke	0	0	0	1	0	1
Total	2	10	24	46	18	100

Forvekslingsfare

Da informantene ble spurt om de hadde opplevd at kopimedisinen hadde en annen form eller farge enn det de var vant til, svarte 70 % ”ja”, 29 % ”nei” og én sa at han ikke husket hvordan originalen så ut, siden det var en stund siden han byttet. Av de 70 % som hadde opplevd forskjell, sa 20 % de syntes det var problematisk. Tretten informanter syntes det var vanskeligere å kjenne igjen legemidlet. Andre årsaker til at informantene syntes det var problematisk, var at originalens blisterpakning var bedre da det var lettere å få tablettene ut, kopien var vanskeligere å svelge da den ikke hadde glatt overflate, kopien smakte vondt da tablettene måtte deles i to, at det var én ekstra ting å tenke på og at det generelt var irriterende. En informant brukte tre generiske varianter av samme legemiddel. Han trodde at legemidlene het Actavis, Sandoz og Winthrop, i stedet for ramipril.

Endret virkning og bivirkningsprofil

På spørsmålet om informantene hadde opplevd noen endring i virkningen etter at de begynte med kopimedisin, svarte fem ”ja” og fire ”kanskje”. De ni som syntes de hadde opplevd endring, mente at kopimedisinen ikke virket like bra og at de derfor måtte ha høyere dose, fordi blodtrykket deres ble mer ustabil. De fire som sa at de kanskje hadde opplevd en endring i virkningen etter at de begynte med kopimedisin,

oppga samme grunn som de fem andre, at kopimedisiner ikke virket like bra på dem som originalen - blodtrykket gikk opp. Det var ingen av informantene som mente at kopimedisinen hadde virket bedre enn originalen.

Åtte prosent fortalte at de hadde opplevd nye bivirkninger eller mer eller mindre bivirkninger etter at de begynte med kopimedisin, mens 7 % sa at de kanskje hadde det. Av de åtte informantene som hadde opplevd nye bivirkninger eller mer eller mindre bivirkninger etter at de begynte med kopimedisin, var det bare én som hadde opplevd en allergisk reaksjon. Én informant mente han hadde fått lungebetennelse forårsaket av bytte til kopi (fra Triatec til Ramipril), én hadde fått arytmi og én hadde fått tørrhoste. Alle disse hendelsene hadde skjedd samtidig som informanten begynte med kopimedisin. Alle hadde også opplevd mer generelle bivirkninger som hodepine, magetrøbbel og uvelhet. De syv informantene som mente at de kanskje hadde opplevd bivirkninger eller mer eller mindre bivirkninger etter at de hadde begynt med kopimedisin, hadde mer diffuse symptomer som også kunne skyldes andre forhold. Disse symptomene var trøtthet og mer tørste. Det er interessant å se på om bivirkninger har en sammenheng med hvor lenge det er siden disse informantene fikk hypertensjon, se tabell 5.6.

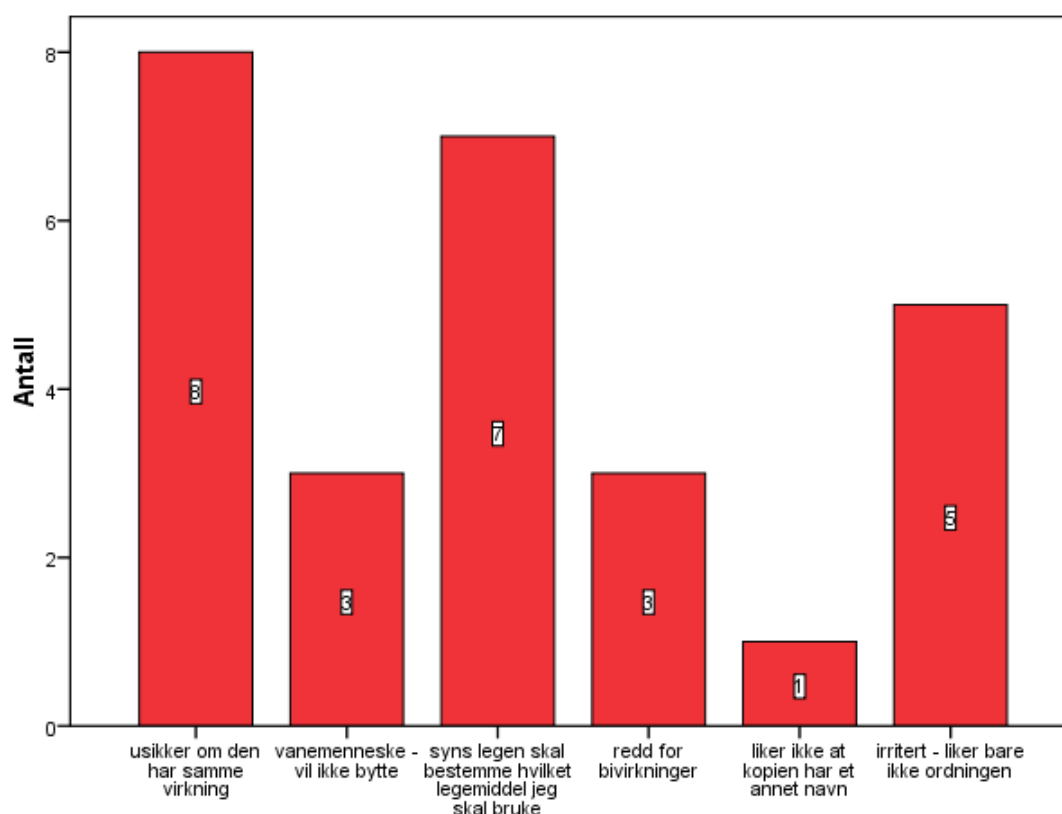
Tabell 5.6: Forholdet mellom hvor lenge det var siden informantene fikk diagnosen hypertensjon og om de hadde opplevd nye eller mer eller mindre bivirkninger etter at de begynte med kopimedisin, (n = 100).

Hvor lenge er det siden du fikk diagnosen høyt blodtrykk?	Har du opplevd nye bivirkninger eller mer eller mindre bivirkninger etter at du begynte med kopimedisinen?				
	Ja	Nei	Kanskje	Husker ikke	Total
0-2 år	1	8	0	0	9
2-5 år	1	16	2	0	19
5-10 år	3	20	2	0	25
Mer enn 10 år	3	40	3	1	47
Total	8	84	7	1	100

Bekymret for å bytte til kopimedisin

”Jeg tror apotekpersonalet mister jobben hvis de ikke får solgt nok B-produkter, noen er hyggelige enn andre. Jeg føler at de ikke gir meg noe valg om jeg vil bytte eller ikke. Jeg går her med en følelse av at de mener jeg misbruker offentlige midler som skulle vært brukt på andre helsetjenester. Folk reagerer sterkt på å bli presset til å bruke B-produkter, dette er ikke ordentlige legemidler. Det må da være en grunn til at de er billigere selv om de blir produsert i Kina. De lurer ikke meg, jeg har da vært ute en vinterdag før”.

Informantene ble spurt om det var noe spesielt de bekymret seg for da de skulle begynne med kopimedisin og 28 % svarte ”ja” på spørsmålet. Årsakene til at de var bekymret er fremstilt i figur 5.11.



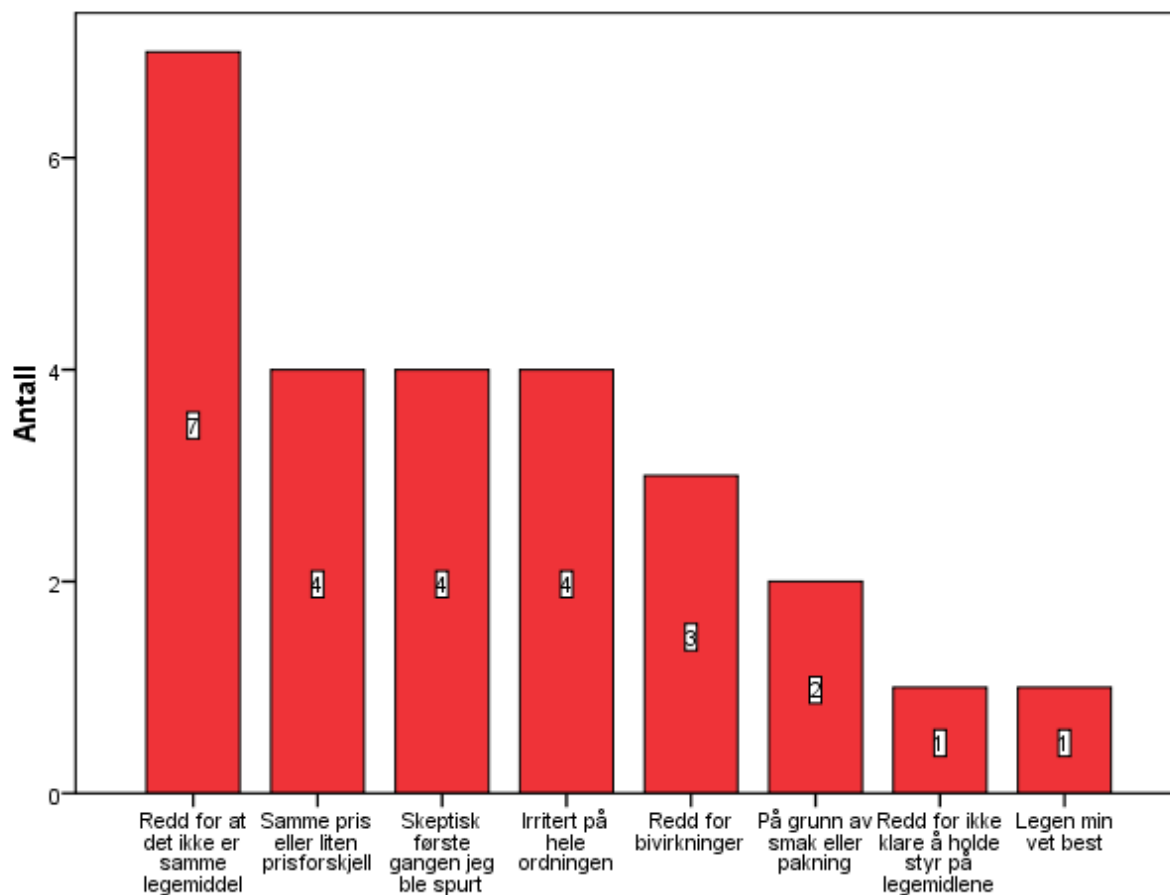
Figur 5.11: Grunner informantene opplyste at de hadde til å være bekymret når de skulle begynne på kopimedisin, (n = 29).

Tjueåtte informanter var bekymret for noe da de skulle begynne med et nytt legemiddel og 29 informanter var bekymret for noe da de skulle begynne på en ny kopimedisin. Selv om disse tallene var så å si identiske, hadde informantene forskjellige grunner til at de var bekymret. En informant mente at kopimedisiner ikke var ”ren vare”, og en annen ville ikke ha ”billig stoff”. To informanter var overbeviste om at staten prøvde å lure dem med på en skjult placebostudie, og at kopimedisiner var peppermyntedrops. På spørsmålet om informantene var bekymret for noe da de skulle begynne på en ny kopimedisin, var det ingen forskjell mellom aldersgruppene.

Reservasjon mot bytte - lege og pasient

”Vi må ha tro på at doktoren vet hva han gjør.”

Ti informanter hadde fått legen sin til å reservere dem mot å bytte til kopimedisin. Årsakene til reservasjonene var i åtte av tilfellene mulige bivirkninger, mens én fikk reservasjon for å slippe å betale mellomlegg og én fordi han ikke klarte å holde styr på legemidlene sine. Tjueseks prosent av informantene hadde selv avstått fra å bytte til kopi på apoteket. Det de opplyste som grunn til at de ikke ville bytte blir fremstilt i figur 5.12.



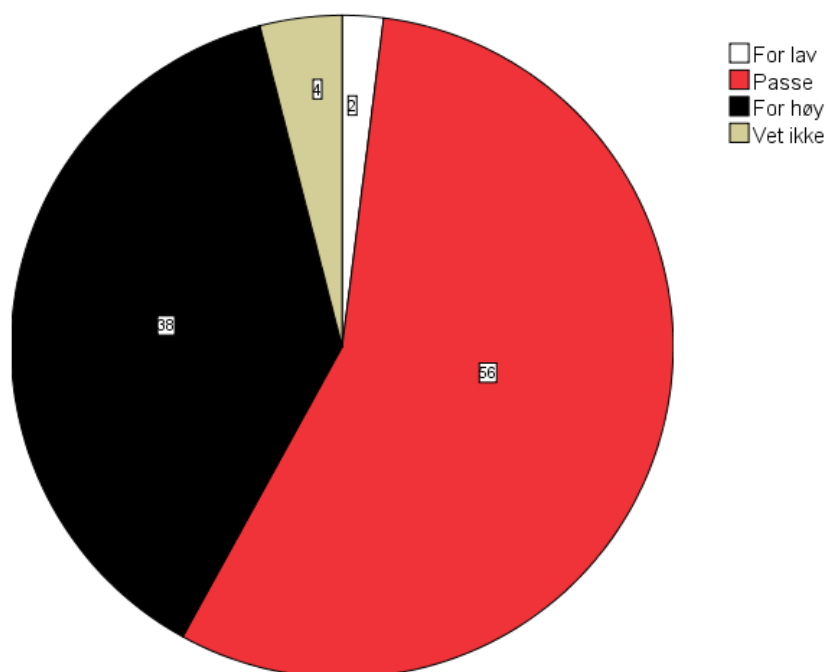
Figur 5.12: Grunner til at informantene ikke ville bytte til generika på apoteket, (n=26).

Tjuetre prosent av informantene hadde byttet tilbake til originallegemidlet de gikk på først. Det de opplyste som grunn til det var blant annet bivirkninger, at det var lite eller ingen prisforskjell og at legen mente det var best siden han ikke hadde forstått seg på ordningen med generisk substitusjon heller.

3.4 Økonomi

Egenandel

Da informantene ble spurt om hvordan de syntes egenandelen de betalte for å få legemidlene sine var, fordelte svarene seg slik de fremgår av figur 5.13.



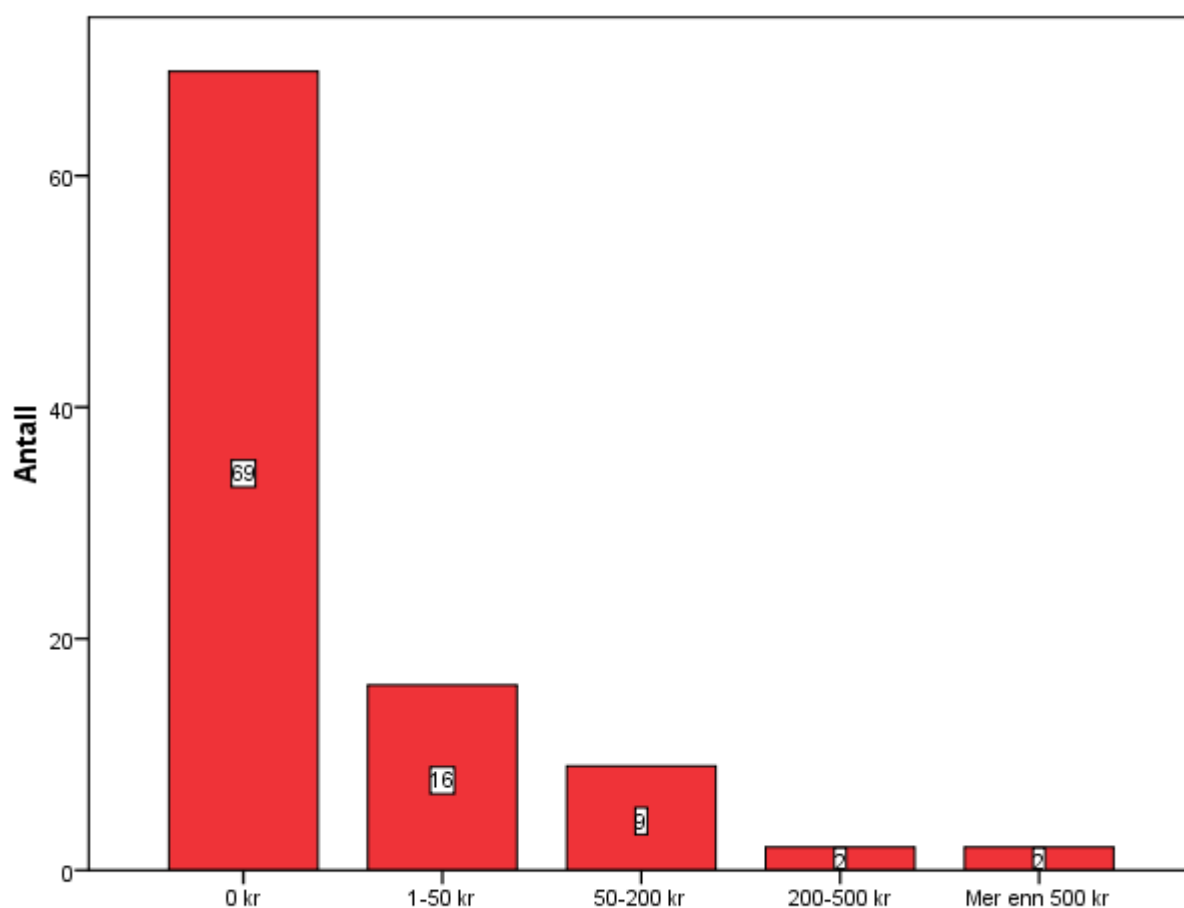
Figur 5.13: Andelen av informantene som syntes egenandelen var for lav, for høy eller passe, (n = 100).

Femtiseks prosent av informantene syntes at egenandelen var passe, mens 38 % mente den var for høy. Syttini prosent av de som syntes egenandelen var for høy, hadde lavere utdanning. To prosent mente at vi kunne betalt mer i egenandel, begge informantene hadde universitets eller høyskoleutdanning på mer enn tre år. Fire prosent av informantene visste ikke hva de mente om størrelsen på egenandelen. Alle disse fire var minstepensjonister og betalte dermed ikke egenandel for legemidlene sine.

Betalingsvillighet

”Originalmedisin er beste medisin for deg, meg og alle andre. Vi fortjener å få dette dekt av staten, og jeg vil derfor ikke betale en krone ekstra for å få ”ren vare”.”

Informantene ble også spurt om hvor mye de var villig til å betale i et eventuelt mellomlegg for å få originalpreparatet i stedet for kopimedisin for en tre måneders periode. Svarene er fremstilt i figur 5.14.



Figur 5.14: Betalingsvilligheten for å få originalpreparatet i stedet for kopimedisin for en tre måneders periode, (n = 100).

I neste tabell blir det sett på om det er en sammenheng mellom betalingsvillighet og utdannelsesnivå, (tabell 5.7).

Tabell 5.7. Betalingsvilligheten fordelt på informantenes sosiodemografiske forhold, (n=98).

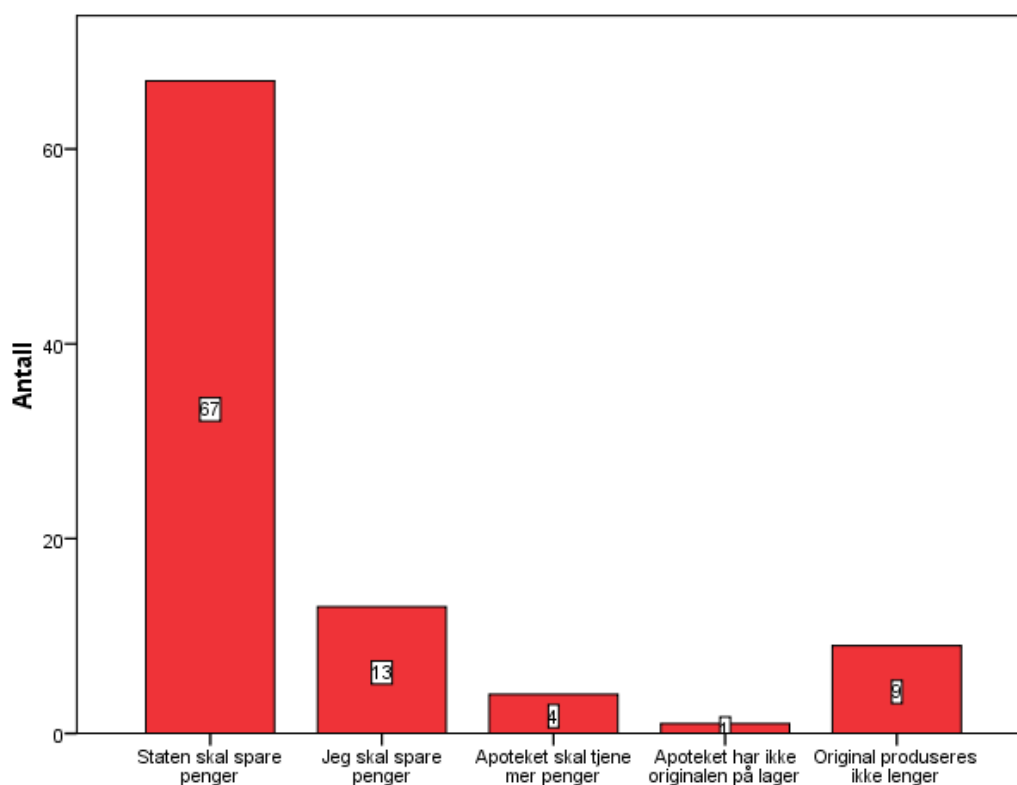
Sosiodemografiske variabler	Hvor mye er du villig til å betale i et eventuelt mellomlegg mellom originalmedisinen og kopimedisin for en tre måneders periode.					
	0 kr	1-50 kr	50-200 kr	200-500 kr	Mer enn 500 kr	Total
Kjønn						
Mann	42	5	2	1	1	51
Kvinne	27	11	7	1	1	47
Alder						
50-65 år	31	8	5	1	2	47
66-80 år	38	8	4	1	0	51
Sivilstatus						
Gift/ samboer	44	10	5	2	2	63
Bor alene	25	6	4	0	0	35
Arbeidsforhold						
I arbeid	27	4	4	1	2	38
Ikke i arbeid	42	12	5	1	0	60
Utdannelsesnivå						
Lavere	38	9	5	2	1	55
Høyere	31	7	4	0	1	43
År siden diagnosen hypertensjon ble stilt						
0-2 år	7	0	2	0	0	9
2-5 år	11	5	2	1	0	19
5-10 år	21	1	1	1	1	25
Mer enn 10 år	30	10	4	0	1	45
Total	69	16	9	2	2	98

2 informanter valgte ikke å svare på dette spørsmålet da de var minstepensjonister og ikke betalte egenandel for legemidler på blå resept.

Hvorfor bytte til kopimedisin

”Jeg tror ikke dette har noe med staten å gjøre, dette er ren profitt for apotekene.”

Åttifire prosent av informantene mente at de visste hvorfor apoteket foreslo at de byttet til kopimedisin, mens 16 % sa at de ikke visste årsaken. Hva informantene som mente at de viste hvorfor svarte, er fremstilt i figur 5.15. På dette spørsmålet kunne en svare mer enn ett alternativ.



Figur 5.15: Årsaker informantene mente apoteket hadde til at de foreslo å bytte til kopimedisin, (n = 84).

3.5 Påstander

Til slutt fremstilte datainnsamler fem påstander der informantene svarte om de var svært enig, enig, uenig, svært uenig eller vet ikke på.

Påstand 1: ”*Originalmedisin og kopimedisin har samme virkning*”

Åttitre informanter var enige eller svært enige i påstanden, syv informanter var uenige eller svært uenige, mens ti ikke visste hva de mente om påstanden.

Påstand 2: ”*En original er alltid bedre enn en kopi, også når det gjelder legemidler.*”

Tjuefire informanter var enige eller svært enige i påstanden, 55 informanter var uenige eller svært uenige i påstanden, mens 21 ikke visste hva de mente om påstanden.

Seksten informanter var enige eller svært enige i både påstand en og to.

Påstand 3: ”*Det er viktig å ta legemidler hver dag*”.

Alle informantene var enige i at det var viktig å ta legemidlene hver dag.

Påstand 4: ”*Kopimedisin er ofte forbundet med flere bivirkninger enn originalen*”.

Fjorten informanter var enige eller svært enige i påstanden, 48 informanter var uenige eller svært uenige i påstanden, mens 38 ikke visste hva de mente om påstanden. I tabell 5.8 blir det sett på om det er en sammenheng mellom de informantene som oppgir at de har opplevd nye eller mer eller mindre bivirkninger etter de begynte med kopimedisin som mente at kopimedisin ofte var forbundet med flere bivirkninger enn originalen.

Tabell 5.8: Tabellen viser om det var de samme informantene som hadde opplevd nye bivirkninger eller mer eller mindre bivirkninger etter de begynte med kopimedisin og de som mente at kopimedisiner ofte var forbundet med flere bivirkninger enn originalen, (n=100).

Kopimedisin er ofte forbundet med flere bivirkninger enn originalen	Har du opplevd nye bivirkninger eller mer eller mindre bivirkninger etter at du begynte med kopimedisinen?				
	Ja	Nei	Kanskje	Husker ikke	Total
Svært enig	0	1	1	1	3
Enig	5	4	2	0	11
Uenig	1	39	0	0	40
Svært uenig	1	7	0	0	8
Vet ikke	1	33	4	0	38
Total	8	84	7	1	100

Påstand 5: ”Jeg liker ikke tanken på kopimedisin”.

Tjueto av informantene var enige i påstanden om at de ikke likte tanken på kopimedisiner, mens 63 var uenige og femten ikke visste hva de mente om påstanden.

3.6 Resultater subgrupper

3.6.1 Informanter som har hatt slag eller hjerteinfarkt

Av 100 informanter, hadde nitten hatt hjerteinfarkt eller hjerneslag. Det var interessant å se om denne gruppen hadde høyere compliance enn resten av informantene, siden de hadde opplevd hva hypertensjon kunne medføre. Det var også interessant å se på om compliance hadde endret seg siden de begynte med kopimedisin. Tabell 5.9 viser litt om hvem disse nitten informantene var.

Tabell 5.9: Sosiodemografiske data for informanter som hadde hatt infarkt eller slag, (n = 19).

	Kvinner	Menn	Total
Alder			
50-65 år	2	5	7
66- 80 år	3	9	12
Sivilstatus			
Gift/ samboer	3	12	15
Bor alene	2	2	4
Arbeidsforhold			
I arbeid	2	5	7
Ikke i arbeid	3	9	12
Utdannelse			
Lavere	2	4	6
Høyere (høyskole /universitet)	3	10	13
Antall år siden diagnosen høyt blodtrykk ble stilt			
0-2 år	1	2	3
2-5 år	1	4	5
5-10 år	2	2	4
Mer enn 10 år siden	1	6	7
Total	5	14	19

Femtiåtte prosent av informantene visste hvorfor det var ønskelig at man ikke hadde forhøyet blodtrykk. Av disse visste bare 45 % at hypertensjon øker risiko for hjerteinfarkt, mens ti visste at hypertensjon øker risiko for slag. Sekstiåtte prosent tok legemidlene sine stort sett til fast tid, mens 82 % av de andre informantene gjorde det samme. Trettisju prosent syntes det var vanskeligere å ta legemidler da de var på ferie, hadde besøk eller på spesielle dager, mot 30 % av de andre informantene.

”Jeg har fått nedsatt selvbilde av å måtte ta medisiner- jeg som var så robust, dette skulle ikke skje meg. Jeg har skjønt nå etter å ha hatt slag, at jeg er helt nødt til å bruke medisiner.”

Spørsmålene som var mest relevante i forhold til compliance, var hvor ofte informantene trodde de glemte å ta legemidlene sine, om de syntes at det var vanskelig å huske og ta legemidlene sine og om de syntes det var vanskeligere å holde orden på legemidlene sine nå som de brukte kopimedisin. Hvordan de nitten informantene svarte på spørsmålene i forhold til de andre er fremstilt i tabell 5.10.

Tabell 5.10: Tabellen viser om informantene som har hatt infarkt eller slag (n=19), har bedre compliance enn resten av informantene (n=100)

Hvor ofte tror du at du glemmer å ta medisinen din?						
	Omtrent hver dag	Omtrent hver uke	Omtrent 1 gang i måneden	Sjeldnere enn 1 gang i måneden	Aldri	Total
Infarkt/ slag	0	0	9	9	1	19
De andre informantene	2	10	15	37	17	81
Total	2	10	24	46	18	100
Syntes du det er vanskelig å huske å ta legemidlene dine?						
	Ja	Av og til	Nei	Total		
Infarkt/ slag	3	3	13	19		
De andre informantene	9	14	58	81		
Total	12	17	71	100		
Syntes du det er vanskeligere å holde orden på medisinerne dine når du bruker kopimedisin?						
	Ja	Av og til	Nei	Total		
Infarkt/ slag	7	1	11	19		
De andre informantene	25	4	52	81		
Total	32	5	63	100		

To av informantene som hadde hatt slag/hjerteinfarkt, hadde brukt både original og kopimedisin samtidig.

3.6.2 Resultater om dobbeltmedisinering

På hjemmebesøk hos en av informantene oppdaget datainnsamler noe urovekkende. Når datainnsamler spurte han om hvor mange legemidler informanten brukte mot hypertensjon, svarte han at han brukte fem og la de frem på bordet. På bordet lå Burinex, simvastatin, ramipril Sandoz, ramipril Winthorp og ramipril Actavis. Hell i uhell var at mannen ikke hadde sett at ramipril skulle doseres to ganger daglig. Dette ble avdekket da han fikk spørsmål om hvor mange ganger om dagen han tok legemidler og han fortalte at han bare tok legemidler om morgenen. Dermed tok han bare tre ramipril om dagen i stedet for seks. Dette var sannsynligvis rett dosering, da legen synes blodtrykket hans var fint.

Under intervjuet ble det stilt et spørsmål for eventuelt å avdekke om det var noen av informantene som brukte både original og kopimedisin samtidig, eller flere kopier med samme virkestoff samtidig. Da informantene ble spurt om de trodde at de for eksempel hadde tatt både originalmedisin og kopimedisin på samme dag, svarte sju informanter ”ja”. De som svarte ”ja” på dette spørsmålet, ble stilt et oppfølgingsspørsmål for å oppklare om dette var et engangstilfelle eller om det hadde skjedd over tid. De ble også spurt om dobbeltmedisineringen fikk noen uheldige konsekvenser.

Sosiodemografiske data for disse sju informantene er fremstilt i tabell 5.11.

Tabell 5.11: Sosiodemografiske data for informanter som hadde dobbeltmedisinert seg, (n = 7).

	Kvinner	Menn	Total
Alder			
50-65 år	1	3	4
66- 80 år	2	1	3
Sivilstatus			
Gift/ samboer	0	3	3
Bor alene	3	1	4
Arbeidsforhold			
I arbeid	1	3	4
Ikke i arbeid	2	1	3
Utdannelse			
Lavere	2	3	5
Høyere (høyskole /universitet)	1	1	2
Antall år siden diagnosen høyt blodtrykk ble stilt			
0-2 år	0	0	0
2-5 år	1	0	1
5-10 år	0	0	0
Mer enn 10 år siden	2	4	6
Total	3	4	7

Fem informanter visste ikke hvorfor det er ønskelig at man ikke har forhøyet blodtrykk. Fire informanter hadde ingen plager eller symptomer i forbindelse med høyt blodtrykk, mens tre hadde det.

Alle de sju informantene brukte mange legemidler (polyfarmasi). De brukte henholdsvis fire, fem, sju, sju, sju, åtte og ni legemidler. Alle sju brukte legemidler mot andre tilstander i tillegg til antihypertensiva. Fem informanter pleide å hente ut alle legemidlene de fikk på blå resept samtidig. Fire informanter gikk til samme legen hver gang de undersøkte blodtrykket eller fikk forskrevet nye resepter. Fire informanter tok legemidler én gang om dagen, to tok to ganger om dagen, og én tok fire ganger om dagen.

Seks informanter opplyste om at de ikke har fått noen informasjon om generisk bytte fra legen sin, mens alle sju hadde fått informasjon på apoteket. Fire informanter syntes at de ikke hadde fått god nok informasjon om ordningen, mens tre var fornøyd med informasjonen de hadde fått. Seks av sju informanter synes det var vanskeligere å holde orden på legemidlene sine når de brukte kopi. Seks av sju informanter hadde opplevd at kopimedisinen hadde en annen form eller farge enn det de var vant til. Fem av sju informanter hadde opplevd endring i virkningen etter at de begynte med kopi. Fire hadde ikke opplevd nye bivirkninger eller mer eller mindre bivirkninger etter at de begynte med kopimedisin, mens to kanskje hadde det og en husket ikke. Hos to av informantene hadde legen reservert dem mot bytte. Tre informanter hadde selv avstått fra å bytte til kopi når de har vært på apoteket. To informanter hadde byttet tilbake til originallegemidlet de gikk på først.

4. Diskusjon

4.1 Diskusjon av materialet

Av 137 apotek kunder sa 100 ja til å delta i intervjuundersøkelsen. Dette ga en svarprosent på 73 %. De som ikke ønsket å delta, oppga blant annet som grunn at de generelt ikke deltok i undersøkelser, at de hadde dårlig tid eller var syke.

For å få et mest mulig representativt utvalg, ble det gjort en rekke tiltak. Mange forskjellige personer var med på å inkludere informanter, alle kunder innenfor inklusjonskriteriene ble spurt om å delta og alle apotekkjedene ble inkludert i studien. I tillegg var de inkluderte apotekene geografisk spredt i Oslo.

Hypertonikere ble brukt som informanter. De ble brukt fordi de er en stabil gruppe pasienter som går på en langvarig profylaktisk behandling, der det ofte kan være problematisk å være compliant. I tillegg er det mye generisk substitusjon innenfor dette legemiddelområdet. Dobbelbruk av legemidler hos denne pasientgruppen ville også kunne få konsekvenser for pasienten.

4.2 Diskusjon av metoden

Det synes således at å møte informantene personlig var den beste løsningen i denne studien. Fordelene ved et personlig møte er at informanten har oppmerksomheten sin på intervjuet, samt at det er lett å oppklare eventuelle misforståelser og spørsmål. En ulempe ved et personlig møte er at det er enormt tidkrevende og antall informanter må reduseres betraktelig i forhold til hvis informantene kunne fylt ut spørreskjemaet selv og det hadde ikke vært mulig å avdekke eventuell dobbeltbruk.

Når det gjelder hvor intervjuene skulle foregå, var det i utgangspunktet tenkt at datainnsamler skulle møte alle informantene i deres hjem. Dette lot seg imidlertid ikke gjennomføre i praksis da ikke alle informantene følte seg komfortabel med å få en fremmed på besøk. Derfor foregikk ca 30 % av intervjuene på kaféer i nærheten av informantens hjem, på informantens jobb, på apoteket og på Farmasøytisk Institutt.

Til intervjuene ble det benyttet et strukturert spørreskjema (vedlegg 7.3). Det var ingen informanter som trakk seg fra studien under intervjuet eller etter det var utført. Bruk av spørreskjema gjorde det enkelt å notere ned svarene underveis og å bearbeide dem etterpå. Det ble også stilt en del åpne spørsmål for å oppklare årsaker og sammenhenger i forhold til de lukkede spørsmålene som inneholdt svaralternativer.

Hadde spørreskjemaene blitt utlevert til hver informant eller eventuelt sendt per post, ville en ikke få noen tilleggskommentarer utover de fastsatte spørsmålene. I en svensk studie av Svensson S et al, fra 2000, ble det konkludert med at pasientintervjuer var et kraftfullt verktøy for å studere pasientens synspunkter og oppførsel når det gjaldt legemiddelbruk [54].

Når det gjelder spørsmålene som spørreskjemaet inneholdt, var det en lang prosess for å finne ut hvilke spørsmål som var riktig å stille. Det var en balansegang mellom å stille de rette spørsmålene, for å få den informasjon man var ute etter, og ikke å stille for intime spørsmål. Pilotstudien var til hjelp for å avdekke eventuelle problemer i forhold til spørsmålene. Dette så ut til å ha gått bra, da ingen hadde noen kommentarer i etterkant da de ble spurt om de syntes noen spørsmål var for nærgående, hverken i pilotundersøkelsen eller blant de inkluderte informantene. I tillegg hadde informantene mulighet til å reservere seg mot å svare på enkelte spørsmål, og det var det ingen som benyttet seg av. Et problem er at en ofte oppdager etter hvert at det er en del spørsmål som skulle vært stilt i tillegg. Et av disse er om informanten benyttet seg av dosett. Årsaken til at det hadde vært gunstig å vite dette er i forhold til compliance. Dosett kan være en faktor som gjør det lettere å huske å ta legemidler. Et annet spørsmål som hadde vært interessant å stille er om informantene syntes det hadde vært enklere og

tryggere å bytte hvis de hadde fått informasjon av legen om ordningen i stedet eller i tillegg til på apoteket.

Studien kan ha en overestimering av compliance. Det kan være flere årsaker til det, for eksempel at informantene ville sette seg selv i et best mulig lys i møte med datainnsamler. Likevel er nok den mest nærliggende årsaken at informantene har glemt å ta legemidler en forglemmelse. Man regner ikke med at informantene husker lenger tilbake i tid enn fjorten dager. Siden ordningen med generisk substitusjon har vært aktuelt i Norge i sju år, er det naturlig å tro at en god del informasjon har blitt glemt og en del resultater blir derfor underestimert.

4.3 Diskusjon av resultatene

4.3.1 Sosiodemografien

Legemiddelbruk

Informantene brukte 4,5 legemidler i gjennomsnitt hvorav tre informanter brukte bare ett. Studier har vist at det er en klar sammenheng mellom mange legemidler (polyfarmasi) og større problemer med compliance, sammenlignet med de som bruker få legemidler [55]. Derfor var det viktig å kartlegge legemiddelbruken til informantene for å kunne vurdere den opp mot compliance.

Det er også interessant å se på hvilke typer antihypertensiva som er mest brukt. I ettertid kan en se til en viss grad om informantene i studien ble behandlet i forhold til de nasjonale anbefalingene. Informantene brukte i gjennomsnitt 1,9 antihypertensiva. Det kan tyde på, som beskrevet under punkt 1.3.2, at man måtte benytte mer enn ett antihypertensivum for å oppnå tilstrekkelig blodtrykkssenkende effekt hos minst 50 % av pasientene [38]. I forhold til dette stemmer resultatene fra studien overens med andre data da hele 69 % av informantene brukte mer enn ett antihypertensivum.

Tjueni av de 54 informantene som brukte betablokkere, var i aldersgruppen 66-80 år. Siden det er holdepunkter for at antallet adrenerge betareseptorer i hjertet reduseres med alderen og at det i praksis kan bety at betablokkere ikke har like god antihypertensiv effekt hos gamle som hos unge [41], er resultatet noe overraskende. Men det var likevel bare seks informanter over 65 år som brukte betablokker som eneste antihypertensivum. At de andre 23 måtte bruke flere legemidler i tillegg kan også underbygge det at betablokkere ikke hadde like god effekt som ønsket. Figur 5.2 viser bruk av antihypertensiva fordelt på ATC- grupper. Hele 49 % av legemidlene som ble brukt mot hypertensjon virker på nyrene (38 % midler med virkning på renin-angiotensinsystemet og 11 % diuretika).

Tre av fire informanter begynte med legemidler med en gang de fikk diagnosen høyt blodtrykk. I anbefalingene er det oppfordret til at man burde prøve andre ikke-

medikamentelle tiltak for å senke blodtrykket i seks måneder etter diagnosen er stilt. Bare en av ti opplyste om at de hadde fått kostholdsveiledning og råd om å mosjonere mer. Her er det en mulig underestimering da en god del informanter hadde hatt diagnosen i mange år og kunne derfor ha glemt at de hadde hatt en periode i begynnelsen der andre tiltak ble prøvd.

Kunnskap om hypertensjon

Femtiseks prosent av informantene oppga at de mest sannsynlig står på en livslang behandling. Man kan stille seg spørsmålet om legene kunne vært flinkere til å informere om behandlingens varighet. Men det kan også være at informantene har glemt at de har fått informasjon om dette, og at resultatet er overestimert. Studier har vist at hypertonicere, som forstår hvor viktig det er å senke blodtrykket og vet hva som kan skje hvis en ikke får det ned, vil oppnå høyere compliance enn de som ikke vet dette [56]. Hele 35 % informantene visste ikke hva som kan skje hvis de ikke får ned blodtrykket. En måte å forbedre denne gruppens compliance på kan kanskje være å informere om risikoen de står overfor. Likevel er det ingen holdepunkter i resultatene for at denne gruppen har dårligere compliance enn resten av informantene.

Hypertensjon - dosering, symptomer og bivirkninger

Ut fra resultatene, mente 22 % av informantene at blodtrykket deres ikke var under kontroll. Dette er et godt resultat sammenlignet med andre studier, som har konkludert med at opptil tre av fire ikke har blodtrykket deres under kontroll. Dette resultatet kan være overestimert da denne informasjon kom fra informanten og ikke legen. I tillegg kan det være lenge siden informantene har undersøkt blodtrykket.

Der var ingen sammenheng mellom bruk av andre legemidler mot hypertensjon, i tillegg til eller i stedet for, dem de brukte i løpet av det siste året og hvor lenge det var siden de fikk diagnosen. Årsaken til at 15 informanter hadde byttet legemiddel i løpet av det siste året var stort sett bivirkninger eller at legemidlet de brukte før ikke hadde nok blodtrykkssenkende effekt. At bare en av ti oppga at de brukte legemidler uten resept regelmessig, er trolig en underestimering. Under intervjuet var det fokus på hypertensjon og informantene kunne glemt at de brukte andre legemidler der og da.

Forskjellige apotek og leger

Et forhold som er forskjellig fra by til land er apotektettheten. I Oslo har befolkningen mange apotek å velge mellom, mens man på et mindre sted kanskje bare har ett apotek. På småsteder er det mye lettere å holde oversikt over befolkningens legemiddelbruk. At 34 % av informantene benyttet mer enn ett apotek når de skulle ha legemidler, er ikke overraskende siden det er mange apotek å velge mellom i Oslo. Grunnen til at informantene ikke gikk til samme apotek, var enten at de bodde midt mellom to eller flere apotek eller at det for eksempel lå et apotek i nærheten av legekontoret, som de brukte de gangene de hadde vært hos legen. Derimot var det mange flere informanter som gikk til samme legen hver gang de fikk forskrevet nye resepter, på grunn av fastlegeordningen. Hele 99 % av informantene gikk til fastlege. I tillegg til fastlegen, gikk én av fem informanter med jevne mellomrom til spesialist på sykehus. Spesialistene forskriver også resepter, og det er her det kan oppstå problemer. Et eksempel på hva som kan skje i denne sammenheng, er at en pasient får forskrevet kopi på sykehuset, i tillegg til at pasienten har resept på original liggende hjemme, forskrevet av fastlegen. Hvis pasienten da bruker ulike apotek, kan det hende at pasienten ikke får beskjed noe sted om at han har fått to legemidler med samme virkestoff. Dette kan se ut til ha vært et reelt problem, se resultater fra subgruppeundersøkelsen om dobbeltmedisinering. Det burde skje en omorganisering på dette området for å forhindre forvekslingsfare.

4.3.2 Compliance

DiMatteo et al har rapportert at pasienter som hadde god compliance til antihypertensiv behandling, hadde tre ganger større sjanse for å få blodtrykket sitt under kontroll enn de som var non-compliant [57]. The Heart and Soul Study konkluderte med at hos pasienter med stabil koronar hjertesykdom, var selvrappert non-compliance assosiert med en to ganger økt risiko for kardiovaskulære hendelser [58]. På grunn av disse sammenhengene er det ytterst viktig å kartlegge compliance hos denne pasientgruppen.

Det første spørsmålet som ble stilt for å kartlegge compliance, var om informantene syntes det var vanskelig å huske å ta legemidlene sine. Som et oppfølgingsspørsmål, ble de spurt hvor ofte de trodde at de glemte å ta legemidlene sine. I tabell 5.3 sammenlignes svarene på disse to spørsmålene for å se om den enkelte informant var konsekvent da han snakket om sin egen legemiddelbruk. Det viste det seg at ikke alle var. Dette kan skyldes flere forhold. Informanten kunne for eksempel si at han syntes det var vanskelig å huske, men samtidig ikke glemme å ta legemidlene sine, mens en annen ikke syntes det var vanskelig å huske fordi han ikke var så nøye med å ta legemidler og kunne dermed ofte glemme. Tjueni prosent av informantene innrømte at de syntes det var vanskelig eller av og til vanskelig å huske å ta legemidlene sine.

Et omdiskutert tema, er om compliance synker med økende alder. I denne studien var det uklart hvorvidt dette var tilfelle eller ikke. På spørsmålet om informantene syntes det var vanskelig å huske å ta legemidlene sine, var det forskjell mellom aldersgruppene, med 34 % av de eldre som syntes at det var vanskelig eller av og til vanskelig å huske å ta legemidler, mot 23 % av de yngre som svarte det samme. På oppfølgingsspørsmålet om hvor ofte de trodde at de glemte, var det ingen forskjell mellom aldersgruppene.

Figur 5.5 viser hvor ofte informantene trodde de glemte å ta legemidlene sine. Bare 12 % sa at de glemte å ta legemidlene sine en gang i uken eller oftere. Dette er et langt bedre resultat enn forventet, da det er godt dokumentert at compliance synker ned mot 50 % når det er snakk om en langvarig profylaktisk behandling [3]. En av årsakene til det gode resultatet, var kanskje at informantene ville fremstå som flinke i møte med datainnsamler. I tillegg er det lett å glemme at man har glemt å ta medisiner sine, særlig hvis man oppbevarer legemidlene i originalemballasjen i stedet for å bruke for eksempel dosett. Hele 18 % av informantene oppga at de aldri hadde glemt å ta legemidler.

Bevisst non-compliance

En av fem informanter oppga at de noen ganger bevisst har latt være å ta legemidler. Figur 5.7 viser hva informantene oppga som årsak til at de noen ganger ikke tok legemidlene som forskrevet. I tillegg tok 9 % av informantene mindre legemidler enn forskrevet over lengre tid. Dette kom frem da informantene ble spurt om de tenkte ofte på at de kunne få bivirkninger av legemidlene de brukte og om de i den forbindelse tok mindre legemidler enn forskrevet. Fem prosent av informantene tok bevisst mindre antihypertensiva grunnet frykt for bivirkninger. Ingen av de ni informantene hadde tatt opp med legen sin at de tok mindre legemidler enn forskrevet. Grunnen til at de ikke ville fortelle legen sin om dette, var at de mente legen ikke ville høre på dem, i tillegg til at noen ikke ville bli "uvenner" med legen. I tilfeller som dette, kan en se hvor viktig det er med et godt forhold mellom pasient og lege. Siden pasientene ikke hadde opplyst om at de ikke tok legemidlene sine som forskrevet, kunne legen tro at legemidlet ikke virket slik det skulle og dermed øke dosen eller gi andre legemidler i tillegg for å senke blodtrykket.

Bekymret for å bruke legemidler

Når det gjaldt om informantene var bekymret for noe da det skulle begynne på et nytt legemiddel, var de yngre generelt mer bekymret enn de eldre, med 38 % av de yngre som svarte ja mot 21 % av de eldre som svarte det samme. Da informantene ble spurt om de tenkte ofte på at de kunne få bivirkninger av legemidlene de brukte, var det stor forskjell mellom aldersgruppene. Nesten halvparten av de yngre informantene var bekymret for bivirkninger, mens én av fem av de eldre informantene sa det samme. En studie gjort av Richardson et al (1993), viste at det var de yngre legemiddelbrukerne og de som nettopp hadde startet på en ny behandling som var mest bekymret for bivirkninger da de skulle begynne med et nytt legemiddel [59].

At 29 % av informantene ikke tok legemidlene sine til fast tid hver dag, kan være med på å gjøre det vanskeligere å være compliant. Flere studier har kommet frem til enkle tiltak for å forbedre compliance. Det mest effektive tiltaket var å bruke et så enkelt doseringsregime som mulig, helst én gang daglig, kombinert med legemidler med gunstig bivirkningsprofil [8,60,61]. I tillegg var det viktig å gi pasientene gode

teknikker for å huske å ta legemidlene sine [62]. Et eksempel var å knytte legemiddeltakingen til daglige gjøremål. Eksempler på det er at en tar morgenmedisinen rett etter man har pusset tennene eller at man tar kveldsdosen til Dagsrevyen. Slik informasjon og hjelp burde vært informert om i forbindelse med oppstart av ny behandling. Førtitre prosent av informantene tok legemidler bare én gang daglig. De fleste antihypertensiva tas én eller to ganger om dagen. Førtitre prosent av informantene som svarte at de syntes det var vanskeligere å huske og ta legemidler, svarte midt på dagen, 45 % om kvelden og 11 % om morgenen. Samlet sett kan en si at årsaken til at ca halvparten av informantene syntes én tid på døgnet var vanskelig å huske å ta legemidler, var kanskje at denne legemiddeldosen var vanskelig å tilknytte en daglig rutine.

Da informantene ble spurt hva de gjorde hvis de glemte å ta medisiner sine, svarte hele ni av ti at de hoppet over den glemte dosen og tok neste dose dagen etter. Årsaken til at informantene ikke tok dobbelt opp med legemidler, var at det står på pakningsvedlegget at man ikke skal gjøre det. Kanskje hadde de tre som tok dobbelt da de skulle ta neste dose, ikke lest pakningsvedlegget? Uansett er det i de fleste tilfeller ikke farlig å ta dobbelt opp med antihypertensiva for en gangs skyld, særlig siden compliance generelt er lav blant denne pasientgruppen.

4.3.3 Bruk av kopimedisiner

Det har blitt gjort få studier som sammenligner compliance ved bruk av original og kopimedisiner. Det har imidlertid blitt utført en stor kohort studie i Nederland av Van Wijk et al (2006), som brukte et register som kan sammenlignes med det norske reseptregisteret som kilde. Cirka 950 000 pasienter i Nederland ble fulgt over en periode på tre år. Grensen for å være non-compliant ble satt til 80 % eller over. Studien konkluderte med at bytte til kopimedisin av antihypertensiva ikke medførte lavere compliance eller flere innleggelses på sykehus for pasienter med kardiovaskulær sykdom, sammenlignet med behandling med originallegemidlet. Ut fra denne studien ble det oppfordret til at det gjøres et bytte når kopimedisin kom på markedet, for å

bidra til økonomisk vinning [63]. En annen studie som også ble gjort blant hypertonicere, var Røise (2004), en hovedfagsoppgave ved Universitet i Oslo [64]. I denne studien ble fokusgruppeintervjuer brukt som metode. Studien konkluderte med at generisk substitusjon ikke så ut til å påvirke compliance hos informantene i nevneverdig grad. I tillegg har det blitt utført en annen studie i Norge, Kjønning et al (2005), der det var ønsket å finne ut hvordan kundene ved et vanlig norsk apotek hadde taklet generisk substitusjon [65]. Studien konkluderte med at vel en tredel av pasientene, som hadde byttet til kopimedisin, rapporterte om negative erfaringer. Likevel var 78 % fornøyd eller merket ingen forskjell.

Informantene ble spurt om de syntes det var vanskeligere å holde orden på legemidlene sine når de brukte kopimedisin. Nesten to av fem syntes det var vanskeligere eller av og til vanskeligere. I tabell 5.5 blir det sett på om det kan være sammenheng mellom dårligere compliance og det å bytte til kopimedisin. På den første sammenligningen av spørsmål, svarte 12 % av de som glemte legemidlene sine oftere enn én gang i uken at de syntes det var vanskeligere med kopimedisiner, mot 11 % av de som ikke syntes det var vanskeligere. På den neste sammenligningen, svarte 34 % ”ja” eller ”av og til” på begge spørsmålene. Tjuessju prosent syntes det var vanskelig å huske og ta legemidlene sine, men at det ikke var vanskeligere når de brukte kopimedisin. Disse resultatene skiller seg fra resultatene i den nederlandske studien og Røise’s da 7 % flere informanter syntes det var vanskeligere å være compliant ved bruk av kopien enn med originalen. Røise konkluderte imidlertid med at flere utsagn allikevel tydet på at generisk substitusjon medførte en viss usikkerhet blant informantene [64].

Informasjon fra lege og apotek

For å oppnå en bedre behandling av hypertensjon, har det vist seg at det er viktig at legen har et godt forhold til pasienten, slik at pasienten tør å snakke om sine mistanker, problemer i forhold til behandlingen og oppfatning av egen sykdom. Slik vil det være lettere å identifisere personlige forskjeller og enkeltindividene kan tas hensyn til i en behandlingssituasjon [54]. Bare 23 % av informantene sa at de hadde fått informasjon om generisk substitusjon av legen sin. De fleste hadde etterspurt informasjon selv etter

de hadde fått tilbud om bytte på apoteket. Flere informanter hadde fått inntrykk av at legen ikke hadde god nok kompetanse på området. Det var også en del informanter som sa at de syntes det hadde vært bedre om legen hadde informert dem om byttet. Andre sa at de ville at legen skulle skrive det generiske navnet på resepten (generisk forskrivning). Disse resultatene stemmer i høy grad overens med Røise [64].

Nittifire prosent av informantene oppga at de hadde fått informasjon om kopimedisiner i forbindelse med bytte på apoteket. Apotekpersonalet har plikt til å informere om generisk bytte i følge apoteklovens § 6.6 [21], men det kan hende at informantene hadde glemt at de hadde fått informasjon. Bare 70 % syntes informasjonen de hadde fått var tilstrekkelig. Det var varierende hvilken informasjon informantene hadde fått. Resultatene var informantenes oppfatning av hva som ble sagt, men som vist i figur 5.10, kan informasjonen som gis på apoteket med fordel forbedres. Mange hadde fått med seg at kopimedisiner er billigere enn originalen, men bare 22 % hadde fått vite om betaling av mellomlegg. Det ble brukt mange forskjellige forklaringer for hva kopimedisiner er, som at det er akkurat samme legemiddel (38 %), har samme virkestoff (14 %), samme virkning (14 %), samme legemiddel fra en annen fabrikk (10 %) eller et likeverdig legemiddel (4 %). Bare fire informanter hadde fått informasjon om at kopien kunne inneholde andre hjelpestoffer, og én informant mente at apotekpersonalet ikke ville innrømme at det kunne være brukt forskjellige hjelpestoffer i kopien og originalen. Bare to informanter visste at kopimedisiner kommer på markedet når originalen mister sitt patent. Ut fra disse resultatene ville det kanskje være en idé å utarbeide en standard informasjon som skal gis alle kunder når de får tilbud om generisk substitusjon. Med dette kan man sannsynligvis være med på å gjøre kundene sikrere og mer positive til ordningen. Både Røise og Kjønneksen et al konkluderte med at leger, apotekpersonale og myndigheter må samarbeide aktivt og koordinert om å gi bedre informasjon om generisk bytte, for å gjøre kundene mer sikre og komfortable med ordningen [64,65].

Forvekslingsfare

Tjue av de 70 informantene, som hadde opplevd at kopimedisinen hadde en annen form eller farge enn det de var vant til, syntes det var problematisk. Mange sa at det var et problem at tablettene så like ut. Kopimedisiner er ofte hvite tabletter og lette å forveksle med andre legemidler. Informantene syntes i flere tilfeller også at legemiddelemballasjen var problematisk. Eksempler på dette var at kalender på blisterpakningene var borte på kopien og at det var vanskelig å få tatt ut tablettene fra pakningen. Andre grunner var at navnet på produsenten sto med så stor skrift at noen informanter trodde at det var navnet på legemidlet. Slike forskjeller kunne gi grunn til forvirring og forveksling. Et eksempel på et slikt tilfelle var en informant som brukte tre generiske varianter av samme legemiddel. Han trodde at legemidlene het Actavis, Sandoz og Winthorp, i stedet for ramipril. På disse legemiddelpakningene var produsentnavnene mer fremtredende enn det generiske navnet. Det britiske National Patient Safety Agency har utarbeidet en rapport med anbefalinger for godt design av legemiddelforpakninger. Rapporten gir et bilde av hvordan navnsetting og design kan øke eller redusere sannsynligheten for uønskede hendelser som for eksempel doseringsfeil eller administrering av feil legemiddel [66].

Endret virkning og bivirkningsprofil

Alle de ni informantene som mente at de hadde eller kanskje hadde opplevd endring i virkningen etter at de begynte med kopimedisin, sa at kopien ikke virket like bra og at blodtrykket deres økte. Dette skyldes mest sannsynlig noceboeffekten, at informantene ikke trodde det nye legemidlet skulle virke like bra, slik at det påvirket blodtrykket deres i negativ retning. Det var ingen informanter som oppga at kopien hadde bedre effekt enn originalen. Femten informanter oppga at de hadde opplevd eller kanskje opplevd nye bivirkninger eller mer eller mindre bivirkninger etter at de begynte med kopimedisin. Bare én av disse hadde opplevd en allergisk reaksjon. De andre symptomene kunne ikke settes direkte i sammenheng med byttet annet enn at de oppsto rundt samme tidspunkt som byttet ble foretatt. Når det gjelder slike forhold, er det psykologiske ofte en viktig del, da biotilgjengelighetsstudier har vist at det er minimale forskjeller mellom original og kopi [19]. Elleve av femten informanter var i gruppen som hadde hatt hypertensjon i fem år eller mer. Disse informantene hadde

trolig brukt originallegemidlet i en lang periode før de byttet til kopi, og tenkte kanskje mer på om de ville merke forskjell.

Bekymret for å bytte til kopimedisin

Tjueåtte prosent av informantene var bekymret for noe når de skulle begynne på kopimedisin. Det disse informantene oppga som grunn til bekymringen er fremstilt i figur 5.11. Stort sett kan man si at disse bekymringene kunne vært unngått hvis informasjon om kopimedisiner hadde vært bedre.

Reservasjon mot bytte - lege og kunde

Det var nesten ingen informanter som visste at legen kunne reservere dem mot bytte, bortsett fra i de tilfellene der legen hadde gjort det. Ti informanter hadde fått reservasjon fra legen sin, hvorav åtte på grunn av bivirkninger. Bare en informant hadde fått reservasjon fordi han ikke klarte å holde orden på legemidlene sine. Det hadde kanskje vært flere som kunne hatt behov for en reservasjon hvis det å bytte øker sjansen for feilbruk. Tjueseks prosent av informantene hadde selv avstått fra å bytte til kopi på apoteket. Hva som var årsaken til det er fremstilt i figur 5.12. Elleve av 26 var redde for noe, enten for at det ikke var samme legemiddel, for bivirkninger eller for ikke å klare å holde styr på legemidlene. Fire informanter valgte å få originalen fordi det var lite eller ingen prisforskjell mellom den og kopien. Flere informanter var skeptiske eller irriterte på hele ordningen og én mente at legen deres visste best hvilket legemiddel de skulle bruke. Tjuetre prosent hadde byttet tilbake til originalen de brukte først av mange av de samme grunnene som ovenfor. Disse årsakene skyldes i mange tilfeller mangelfull informasjon og kanskje at kundene ikke stolte på at apoteket kunne foreta et bytte.

4.3.4 Økonomi

Egenandel

At bare 38 % av informantene syntes egenandelen de betalte for legemidlene sine var for høy, er en indikator på at prisene på legemidler i dag er forholdsvis lave. I tillegg sa de fleste, som mente at egenandelen var for høy, at det var av prinsipielle grunner siden de ikke hadde problemer med å betale selv. De mente at legemidler på blå resept burde vært gratis i et av verdens rikeste land, særlig siden vi betalte så mye skatt. Når det gjelder påriser på legemidler og egenandeler, blir folk ofte styrt av sine politiske overbevisninger. Nye tall fra Legemiddelindustriforeningen, fra 16/4- 2008, viste at de mest brukte legemidlene i Norge kostet i gjennomsnitt bare tre kroner i døgnet. De lave prisene på de mest brukte legemidlene i Norge indikerte at dette er svært kostnadseffektive innsatsfaktorer i helsevesenet [67]. Blant disse billige legemidlene var mange av de mest brukte antihypertensiva, siden patentet har gått ut og de har fått generisk konkurranse.

Betalingsvillighet

Sekstini prosent av informantene ville ikke betale noe ekstra for å få original i stedet for kopimedisin. Det kan være en indikasjon på at de syntes det var greit å bytte. De andre informantene som i motsetning ville betale ekstra for å få originalen, skyldes nok i de fleste tilfellene at de ikke trodde kopien var like bra og at informasjon om ordningen har vært mangelfull. Det var også noen som ville betale ekstra for å få original fordi de trodde at de har opplevd bivirkninger med kopimedisiner. Disse hadde ikke fått informasjon om at legen kunne reservere dem mot bytte slik at de slapp å betale mellomlegget. Hvor mye informantene ville betale i mellomlegg hadde ingenting med utdannelsesnivå å gjøre. En annen årsak til å ville betale mellomlegg var noe som en informant fortalte:

I tabell 5.7 blir det sett på om det kan være en sammenheng mellom betalingsvillighet og sosiodemografiske variabler. Det ser ut til at det kan være en tendens til at det var de yngre informantene, med lavere utdanning, som hadde best råd (var gift og i

arbeid) som ville betale mest for å få originallegemiddel. Betalingsvilligheten hadde ingenting med kjønn å gjøre.

Hvorfor bytte til kopimedisin

Hele sju av ti informanter visste at årsaken til at apoteket foreslår å bytte til kopimedisin var at staten skulle spare penger. At de hadde fått denne informasjonen ville sannsynligvis føre til at denne gruppen var mer positiv til generisk bytte. Det er bekymringsverdig at ni informanter hadde fått beskjed på apoteket at originalen ikke ble produsert lenger. Dette er en feilinformasjon som det kanskje er lett å ty til for å få solgt mest mulig kopimedisiner. I tillegg er det mer press på apotekpersonalet om at alle skal bytte, både fra stat og apotekkjede. Bare 4 % av informantene visste at apoteket også tjener penger på å selge kopimedisiner i stedet for originallegemidler. Det var ulogisk for informantene at apoteket tjente mer penger på å selge dem billigere legemidler. Tretten informanter mente at de sparte penger på å kjøpe kopimedisin. Informantene ville nok betale mindre i egenandel hver gang de hentet ut legemidler og ville selvfølgelig også spare penger hvis de kjøpte legemidler uten resept eller på hvit resept.

4.3.5 Påstander

Påstandene som ble stilt mot slutten av intervjuet ble brukt for å få understreket informantens mening om de viktigste temaene. Påstand 1 og 2 ble med vilje satt rett etter hverandre for å se om informantene var konsekvente i sine overbevisninger, noe som det viste seg at flere ikke var. Hele seksten informanter var enige i begge påstandene. De mente at originalen og kopien hadde samme virkning, men at originalen alltid var bedre.

Hele 83 % av informantene var enige eller svært enige i at original og kopi har samme virkning. Dette er et godt utgangspunkt for å foreta et generisk bytte. Derimot ville de 24 %, som var enige i at originalen alltid ville være bedre, føle seg lurt og lite ivaretatt av samfunnet da de trodde at ble tilbudt å bruke dårligere legemidler. Det er

oppsiktsvekkende at to informanter var overbevist om at staten prøvde å lure dem med på en skjult placebostudie og at kopimedisiner var ”peppermyntedrops”. De følte hverken deres tilstand eller medbestemmelsesrett ble ivaretatt. Disse informantene hadde sannsynligvis fått for lite informasjon og burde vært fanget opp et eller annet sted i systemet.

Det var interessant å se om de informantene som svarte at de var enige i påstanden om at kopimedisiner er forbundet med flere bivirkninger enn originalen, var de som faktisk hadde opplevd bivirkninger. Det viste seg at fem av åtte som sa at de har opplevd og to av sju som oppga at de kanskje hadde opplevd nye bivirkninger eller mer eller mindre bivirkninger etter at de begynte med kopimedisin var enige i påstanden.

To tredjedeler av informantene sa at de likte tanken på kopimedisiner.

4.3.6 Subgrupper

Slag/ infarkt

Det var interessant å se spesielt på denne gruppen da de hadde opplevd hva hypertensjon kan medføre. Siden disse personene mest sannsynlig burde vite hvor viktig det er å ha blodtrykket under kontroll, var det interessant å se om denne gruppen hadde høyere compliance enn de andre informantene.

Gruppen besto av flest gifte menn i den eldre aldersgruppen. Ingen av de tolv informantene som sa at de glemte å ta legemidlene sine en gang i uka eller oftere, hadde hatt slag eller hjerteinfarkt. Bare elleve av nitten i subgruppen visste hvorfor det er ønskelig at man ikke har forhøyet blodtrykk og dermed at det er en sammenheng mellom kardiovaskulære hendelser og høyt blodtrykk. Dette resultatet er noe overraskende. Særlig at bare fem av nitten visste at hypertensjon gir økt risiko for hjerteinfarkt, da de fleste av de nitten informantene hadde hatt hjerteinfarkt selv.

En pekepinn på om informantene hadde god eller ikke fullt så god compliance, var om de tok legemidlene sine til fast tid hver dag. Forholdet mellom subgruppen og resten av informantene, var at 68 % av disse at de tok legemidlene sine stort sett til fast tid, mens 82 % av de andre informantene gjorde det samme. På spørsmålet om de syntes det var vanskelig å huske å ta legemidlene sine, svarte 32 % av subgruppen ”ja” eller ”av og til”, mens 28 % av de andre informantene svarte det samme. Et annet spørsmål der subgruppen ble målt opp mot resten av informantene, var om de syntes det var vanskeligere å holde orden på medisinene når de brukte kopimedisiner. Førtito prosent av subgruppen svarte at de syntes at det var vanskeligere eller av og til vanskeligere mens 36 % av de andre informantene sa det samme. Ut i fra disse resultatene kan en ikke si at informantene som har hatt slag eller hjerteinfarkt hadde bedre compliance enn resten av gruppen, snarere tvert i mot.

En artikkel av Toverud, fra 2003, konkluderte med at compliance var meget god blant pasienter som hadde hatt akutt hjerteinfarkt to år før de ble inkludert i denne studien [68]. Hvis en sammenligner, ser ikke resultatene til å stemme overens med hverandre. Likevel var compliance jevnt over god blant alle informantene i studien og dermed hadde informantene i subgruppen også god compliance, slik som det også det kom frem i Toveruds artikkel.

Dobbeltmedisinering

Ingen gruppe skilte seg ut, da data på sju informanter var en for liten gruppe til å kunne generaliseres. På grunnlag av at det var ingen som skilte seg ut, kan det tyde på at dobbeltmedisinering kan skje hvem som helst. Det eneste man kan se som en klar indikasjon var at alle informantene brukte mange legemidler. At polyfarmasi var en risikofaktor var som forventet.

At bare to av informantene trodde at det hadde opplevd bivirkninger etter at de begynte med kopimedisin, kan forklares med at antihypertensiva gis i relativt små terapeutiske doser slik man ikke kommer over i det øvre området av det terapeutiske

vinduet. En annen forklaring kan være at compliance var lav, som er vanlig ved en langvarig profylaktisk behandling.

At over halvparten av disse informantene mente at informasjonen de hadde fått om kopimedisiner på apoteket ikke var tilstrekkelig, var en større andel enn for resten av informantene der 30 % var misfornøyd. I tillegg hadde ingen av informantene som brukte dobbelt fått noen informasjon om kopimedisiner fra legen sin.

5. Konklusjon

Resultatene fra denne studien sier noe om i hvilken grad generisk substitusjon har ført til feilbruk av legemidler blant 100 hypertonicere i Oslo, samt hvilke faktorer som bidro til non-compliance i denne gruppen. Det ble undersøkt om det forekom dobbeltbruk av legemidler og om noen bevisst brukte mindre legemidler enn forskrevet. I tillegg ble det sett på om informanter som hadde hatt hjerteinfarkt eller slag, hadde høyere compliance enn resten av informantene.

Ut fra spørsmålene som ble stilt, var det bare 12 % av informantene som sa at de glemte å ta legemidler én gang i uka eller oftere. Dette var muligens en overestimering. Det kan være flere årsaker til et så godt resultat, for eksempel at informantene møtte datainnsamler personlig eller rett og slett forglemmelse.

Det kan tyde på at dobbeltmedisinering var en risikofaktor for non-compliance da 7 % av informantene i studien brukte dobbelt, enten både kopi og original eller flere kopier av samme virkestoff samtidig.

En kunne tenke seg at informanter, som hadde hatt en kardiovaskulær hendelse, brukte legemidlene sine riktigere i forhold til resten av informantene. Resultatene av subgruppeundersøkelsen viste derimot at dette ikke var tilfelle, snarere tvert i mot.

Ni prosent av informantene tok bevisst mindre legemidler enn forskrevet. Disse informantene oppga som grunn til at de ikke tok legemidlene at de var redde for bivirkninger eller at de hadde hørt noe ufordelaktig om legemidlet. Det er viktig å forstå hvorfor en burde ta legemidler, for at compliance skal bli så god som mulig. At 35 % av informantene ikke visste hvorfor det ikke er ønskelig med forhøyet blodtrykk er en faktor som kan forbedres. Bedre informasjon kan være nøkkelen til å få løst mange av problemene i forbindelse med feilbruk av legemidler. Leger, apotekpersonale og myndigheter må samarbeide aktivt og koordinert om å gi bedre informasjon om generisk substitusjon.

6. Kildeliste

- 1 Torp A: Pasientsikkerhet må prioriteres. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 2008;128:358
- 2 Kohn L, et al: To err is human. Building a safer health system. 1999
- 3 Morris L, Schulz R: Patient compliance--an overview. J Clin Pharm Ther 1992;17:283-295.
- 4 Kirkeby W: Engelsk blå ordbok; in Kunnskapsforlaget. Halden. 1996. Side: 100.
- 5 Royal Pharmaceutical Society of Great Britian: Form compliance to concordance, achieving shared goals in medicine taking. 1997
- 6 Taylor K, Harding G: Pharmacy practice. New York, Taylor & Francis, 2001. side: 165-181
- 7 Nilsson J: Varannan pasient følger inte lekarens ordinasjon. Läkartidningen 2000;97:4015-4019.
- 8 Haynes R, et.al: Helping patients follow prescribed treatment: Clinical applications. JAMA 2002;288:2880-2883.
- 9 Verdens helseorganisasjon (WHO): Adherence to long-term therapies. Evidence for action. URL:
[Http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/index.html](http://www.who.int/chronic_conditions/adherencereport/en/index.html).
[Lest:15.05.08].
- 10 Cramer J, et.al: Compliance declines between clinic visits. Arch Interen Med 1990;150:1509-1510.
- 11 Burnier M: Medication adherence and persistence as the cornerstone og effective antihypertensive therapy. American Journal of Hypertension 2006;19:1190-1196.
- 12 Dowse R, Futter W: Outpatient compliance with theophylline and phenytoin. S Afr Med J 1991;80:550-553.
- 13 Elliott W: Optimizing medication adherence in older persons with hypertension. International Urology and Nephrology 2003;35:557-562.

- 14 Steiner J, Prochazka A: The assessment of refill compliance using pharmacy records: Methods, validity, and applications. *Journal of Clinical Epidemiology* 1997;50:105-116.
- 15 Schwed A, et.al: Electronic monitoring of compliance to lipid-lowering therapy in clinical practice. *J Clin Pharmacol* 1999;39:402-409.
- 16 Cramer J, et.al: How often is medication taken as prescribed? A novel assessment technique. *J Am Med Assoc* 1989;261:3273-3277.
- 17 Statens Legemiddelverk: Byttbare legemidler - informasjon til helsepersonell. URL:
[Http://www.legemiddelverket.no/upload/dokumenter/legemiddeløkonomi/informasjon%20til%20helsepersonell_bjorg.pdf](http://www.legemiddelverket.no/upload/dokumenter/legemiddeløkonomi/informasjon%20til%20helsepersonell_bjorg.pdf). [Lest: 15.05.08]
- 18 Meredith P: Bioequivalence and other unresolved issues in generic drug substitution. *Clinical Therapeutics* 2003;25:2875-2890.
- 19 Nelson S, et.al: Forskrivning av virkestoff i stedet for preparat – på høy tid. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening* 2006;126:441-443.
- 20 Verdens Helseorganisasjon (WHO): Multisource (generic) pharmaceutical products: Guidelines on registration requirements to establish interchangeability. URL:
[Http://www.who.int/medicines/services/expertcommittees/pharmprep/qas04_093rev4_finamultisource](http://www.who.int/medicines/services/expertcommittees/pharmprep/qas04_093rev4_finamultisource). [Lest: 15.05.08]
- 21 HOD (Helse- og omsorgsdepartementet): Lov om apotek (apotekloven). §6.6. URL: [Http://www.lovdatabank.no/all/hl-20000602-039.html](http://www.lovdatabank.no/all/hl-20000602-039.html). [Lest 15.05.08]
- 22 Statens legemiddelverk: Byttbare legemidler - informasjon til helsepersonell. URL:
[Http://www.legemiddelverket.no/upload/dokumenter/legemiddeløkonomi/informasjon%20til%20helsepersonell_bjorg.pdf](http://www.legemiddelverket.no/upload/dokumenter/legemiddeløkonomi/informasjon%20til%20helsepersonell_bjorg.pdf). [Lest: 15.05.08]
- 23 Apotekforeningen: Apotek og legemidler 2007- bransjestatistikk om apotekenes virksomhet og rammevilkår. Oslo, Apotekforeningen, 2007.
- 24 Statens Legemiddelverk: Byttbare legemidler - begrenset bytte. URL:
[Http://www.legemiddelverket.no/upload/dokumenter/legemiddeløkonomi/begrenset_bytte.pdf](http://www.legemiddelverket.no/upload/dokumenter/legemiddeløkonomi/begrenset_bytte.pdf). [Lest: 15.05.08]
- 25 Statens Legemiddelverk: Byttbare legemidler - bedømmelse av generisk og medisinsk likeverdighet. URL:
[Http://www.legemiddelverket.no/upload/dokumenter/legemiddeløkonomi/legemidlers_likeverdighet.pdf](http://www.legemiddelverket.no/upload/dokumenter/legemiddeløkonomi/legemidlers_likeverdighet.pdf). [Lest: 15.05.08]

-
- 26 Statens Legemiddelverk: Generisk forskrivning. URL: <http://www.legemiddelverket.no/upload/26939/Info%20til%20helsepersonell%20bytteliste%20-%20oppdatert%20april%202006.pdf>. [Lest:15.05.08]
- 27 Statens Legemiddelverk: Byttbare legemidler - legereservasjon mot bytte. URL: Http://www.legemiddelverket.no/upload/dokumenter/legemiddeløkonomi/legens_resevarsjonsrett.pdf. [Lest: 15.05.08]
- 28 HOD (Helse- og omsorgsdepartementet): Forskrift om pasientjournal. § 8. URL: <Http://www.lovdatab.no/cgi-wift/idles?doc=/sf/sf/sf-20001221-1385.html#7>. [Lest 15.05.08]
- 29 Statens Legemiddelverk: Trinnprissystemet gir ikke lav nok pris. URL: http://www.legemiddelverket.no/templates/interpage____58716.aspx. [Lest:15.05.08]
- 30 Regjeringen: Regulering av priser i legemiddelmarkedet. URL: <Http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/tema/legemidler/regulering-av-priser-i-legemiddelmarkede.html?id=449422>. [Lest: 15.05.08]
- 31 Apotekforeningen: Apotek og legemidler 2008- bransjestatistikk om apotekenes virksomhet og rammevilkår. Oslo, Apotekforeningen, 2008.
- 32 London School of Economics: Lse study on healthcare in individual countries. Worldwide survey on pharmaceutical pricing and reimbursement structures. URL: <Http://pharmacos.eudra.org/f3/g10/p6.htm>. [Lest 15.05.08]
- 33 HOD (Helse og omsorgsdepartementet): Nou 1997: 6 rammevilkår for omsetning av legemidler «lønnsomme legemidler», <http://www.regjeringen.no/nb/dep/hod/dok/nouer/1997/nou-1997-6/5/3.html?id=343709>. [Lest 15.05.08]
- 34 Läkemedelsverket.: Generisk förskrivning; in Läkemedelsverket. Uppsala, 2006,
- 35 Lægemedelstyrelsen: Generisk ordination-fordele og ulemper; in Lægemedelstyrelsen. Danmark,2006,
- 36 Socialstyrelsen: Patientsäkerhet vid utbyte av läkemedel på apotek atrikkelnr. 2004 - 103 - 14. URL: <www.socialstyrelsen.se/nr/rdonlyres/01704ffe-b6df-4114-9eaf-ade98881c3c8/2727/200410315.pdf>. [Lest:15.05.08]
- 37 Lindskog B: Universitetsforlagets store medisinske ordbok. Oslo, Universitetsforlaget AS, 1998.

-
- 38 Norsk Legemiddelhandbok: T8.1 hypertensjon. URL:
[Http://www.legemiddelhandboka.no/xml/](http://www.legemiddelhandboka.no/xml/). [Lest 15.05.08]
- 39 Vander A, et.al: Human physiology. New York, McGraw-hill, 2001. Side: 428-452
- 40 Winfield A, Richards R: Pharmaceutical practice. Philadelphia, Churchill Livingstone, 2004. Side: 332-359.
- 41 Norsk Legemiddelhandbok: G10 eldre og legemidler. URL:
[Http://www.legemiddelhandboka.no/xml/](http://www.legemiddelhandboka.no/xml/). [Lest 15.05.08]
- 42 Rizzo J, Simons W: Variations in compliance among hypertensive patients by drug class: Implications for health care costs. *Clinical Therapeutics* 1997;19:1446-1457.
- 43 Morisky D, et.al: Five year blood pressure control and mortality following health education for hypertensive patients. *Am J Public Health* 1963;73:153-162.
- 44 Wang P: How well do patients report noncompliance with antihypertensive medications?: A comparison of self-report versus filled prescriptions. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2004;13:11-19.
- 45 Chobanian A, et.al: The seventh report of the joint national committee on prevention, detection, evaluation, and treatment of high blood pressure: The jnc 7 report. *J Am Med Assoc* 2003 289:2560-2572.
- 46 Hansson L, et.al: Effects of intensive blood-pressure lowering and low-dose aspirin i patients with hypertension: Principal results of the hypertension optimal treatment (hot) randomized trial. . *Lancet* 1998;351:1755-1762.
- 47 ALLHAT Officers and Coordinators for the ALLHAT Collaborative Reseach Group: Major outcomes in high-risk hypertensive patients randomized to angiotensin-convering enzyme inhibitor or calsium channel blocker vs diuretic: The antihypertensive and lipid- lowering treatment to prevent heart attac trial (allhat) *J Am Med Assoc* 2002;288:2981-2997.
- 48 Kulkarni S, et al: Long-term adherence with cardiovascular drug regiments. *American Heart Journal* 2006;151:185-191.
- 49 Wang P, et al: How well do patients report noncompliance with antihypertensive medications?: A comparison of self-report versus filled prescriptions. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety* 2004;13:11-19.

-
- 50 Burnier M, et.al: Monitoring compliance in resistant hypertension: An important step in patient management. *J Hypertens* 2003;21:S37-S42.
- 51 Burnier M, et.al: Blood pressure control and implementation of guidelines in clinical practice: Can we fill the gap? . *J Hypertens* 2002;20:1251-1253.
- 52 Morgan S, Yan L: Persistence with hypertension treatment among community-dwelling bc seniors. *Can J Clin Pharmacol* 2004;12:e267-e273.
- 53 Wogen J, et.al: Patient adherence with amlodipine, lisinopril, or valsartan therapy in a usual-care setting. *J Manag Care Pharm* 2003;9:424-429.
- 54 Svensson S, et.al: Reasons for adherence with antihypertensive medication. *International Journal of Cardiology* 2000;76:157-163.
- 55 Salzman C: Medication compliance in the elderly. *J Clin Psychiatry* 1995;56:18-22.
- 56 Ross S, et.al: Patient compliance in hypertension: Role of illness perceptions and treatment beliefs. *J Hum Hypertens* 2004;18:607-613.
- 57 DiMatteo M, et.al: Patient adherence and medical treatment outcomes: A meta-analysis. *Med Care* 2002;40:794-811.
- 58 Anil K, et.al: Self-reported medication adherence and cardiovascular events in patients with stable coronary heart disease. *Arch Intern Med* 2007;167:1798-1803.
- 59 Richardson M, et.al: Effect of perceived barriers on compliance with antihypertensive medication. *Health Educ Q* 1993;20:489-503.
- 60 Bloom B: Continuation of initial antihypertensive medication after 1 year of therapy. *Clin Ther* 1998;20:671-681.
- 61 Hastford J: A population-based european cohort study of persistence in newly diagnosed hypertensive patients
J Hum Hypertens 2002;16:569-575.
- 62 Feldman R, et.al: Adherence to pharmacologic management of hypertension. *Canadian Journal of Public Health* 1998;89:16-18.
- 63 Van Wijk B, et.al: Generic substitution of antihypertensive drugs: Does it affect adherence? *Ann Pharmacother* 2006;40:15-20.
- 64 Røise AK: Generisk substitusjon - konsekvenser for compliance ved legemiddelbruk. Hovedfagsoppgave ved Universitetet i Oslo 2004

- 65 Kjønniksen I, et.al: Pasienters erfaringer med og holdninger til generisk legemiddelbytte. Tidsskrift for Den Norske Lægeforening 2005;125:1682-1684.
- 66 Design av legemiddelforpakninger for bedret pasientsikkerhet. URL: [Http://pasientsikkerhet.no/index.php?option=com_content&view=article&id=24:Design-av-legemiddelforpakninger-for-bedret-pasientsikkerhet&catid=23:Legemidler&itemid=56](http://pasientsikkerhet.no/index.php?option=com_content&view=article&id=24:Design-av-legemiddelforpakninger-for-bedret-pasientsikkerhet&catid=23:Legemidler&itemid=56). [Lest 15.05.08]
- 67 Legemiddelindustriforeningen: De mest brukte legemidlene i norge koster i gjennomsnitt bare tre kroner i døgnet. URL: [Http://www.lmi.no/fullstory.aspx?m=128&amid=30993](http://www.lmi.no/fullstory.aspx?m=128&amid=30993). [Lest 15.05.08]
- 68 Toverud E: Medikamentell compliance etter akutt hjerteinfarkt. Norsk Farmaceutisk Tidsskrift 2003;10:22-23.

7. Vedlegg

7.1 Invitasjonsbrev

7.2 Samtykkeerklæring

7.3 Spørreskjema



FORESPØRSEL OM DELTAKELSE I FORSKNINGSPROSJEKT

Til deg som bruker kopimedisin mot høyt blodtrykk

For noen kan det være vanskelig å ta medisiner akkurat slik legen har sagt, særlig når medisinen du får utlevert på apoteket har et annet navn enn det legen har skrevet på resepten (et såkalt kopi- eller generisk preparat). Ved Avdeling for samfunnsfarmasi, Farmasøytisk institutt, Universitetet i Oslo utfører vi en studie hvor bruken av kopimedisiner undersøkes, og i den sammenheng er vi interessert i å snakke med deg som har fått utlevert en kopimedisin mot høyt blodtrykk på apoteket. Ved hjelp av dine erfaringer kan vi få nyttig kunnskap om bruken av slike medisiner og hvordan dette påvirker hvordan du tar medisinerene dine. Studien er en mastergradsoppgave under veiledning av professor Else-Lydia Toverud og cand.pharm. Helle Håkonsen.

Undersøkelsen går ut på at undertegnede fyller ut et spørreskjema ved hjelp av dine svar. Ved å bruke personlig intervju kan man unngå eventuelle misforståelser i forhold til spørsmålene i skjemaet. Jeg skal under intervjuet ikke opptre som helsepersonell, kontrollere eller påvirke deg på noen måte. Undersøkelsen vil ikke ha betydning for din medisinske behandling.

Hvis du har lyst og anledning til å delta, tar du kontakt med meg, og vi avtaler tid og sted for et intervju. Hvis du synes det er mest praktisk, er det helt greit at jeg kommer hjem til deg. Det er frivillig å delta og hvis du takker ja til deltakelse, har du likevel full anledning til å reservere deg mot å svare på enkelte spørsmål og kan når som helst trekke deg under intervjuet uten å måtte oppgi grunn. Det vil ikke være mulig å tilbakeføre opplysninger i sluttrapporten til enkeltpersoner. Svarene du gir vil noteres i skjemaet, men disse og annen identifiserbar informasjon vil bli destruert ved prosjektslutt. Jeg har full taushetsplikt i forhold til opplysninger som kommer frem. Prosjektet er vurdert av Personvernombudet for forskning (Norsk samfunnsvitenskapelige datatjeneste AS) og tilrådd av Regional komité for medisinsk forskningsetikk. Prosjektet har fått økonomisk støtte fra Stiftelsen til fremme av norsk apotekfarmasi.

Totalt vil intervjuet ta 30-45 minutter. Intervjuene vil gjennomføres fra 1. november 2007. Prosjektet ventes å være ferdigstilt senest 1.12.2008.

Som kompensasjon vil du få et universalgavekort på kroner 200 som kan brukes i ca 1 000 butikker i Oslo og omegn.

Hvis du ønsker å delta, kan du

- levere utfylt svarslipp på apoteket hvor du har mottatt informasjon om studien,
- sende utfylt svarslipp per post til: Marlene Eilertsen Petrovic, Orionv 13C, 2165 Hvam, eller
- ta kontakt per telefon: 91 62 88 91 (63 90 56 56)

Skulle du ha noen spørsmål, eller noe er uklart vedrørende studien, ta gjerne kontakt.

Vennlig hilsen

Marlene Eilertsen Petrovic

Veiledere: Else-Lydia Toverud, professor

Masterstudent

Helle Håkonsen, cand.pharm.



SVARSLIPP

Jeg (Navn).....(telefonnr)...../.....

Har mottatt informasjon om og ønsker å delta i deres undersøkelse om kopimedisiner.

Telefon:

Marlene Eilertsen Petrovic

91 62 88 91 (63 90 56 56)

Postadresse:

Marlene Eilertsen Petrovic

Orionv 13C

2165 Hvam



SAMTYKKEERKLÆRING

FØRER GENERISK SUBSTITUSJON TIL FEILBRUK AV LEGEMIDLER?

PERSONLIG INTERVJU MED SPØRRESKJEMA

Jeg er informert om, og inneforstått med, hva det innebærer å bli med i studien, og ønsker å delta.

Sted: _____ Dato: _____

Navn: _____

SPØRRESKJEMA

Innledning

Tusen takk for at du deltar i undersøkelsen.

Jeg skal i denne undersøkelsen intervju til sammen 100 blodtrykkspasienter. Samme oppgave utføres også i Bergen/Oslo av en medstudent.

Jeg ønsker at du svarer så godt som mulig på spørsmålene slik at resultatet av undersøkelsen blir så riktig som mulig. Ingen kommer til å kunne vite hva du har sagt til meg og jeg har full taushetsplikt. Jeg er ikke her for å kontrollere deg og din medisinbruk og kommer ikke til å komme med rettende kommentarer til det du sier.

Ved å svare på mine spørsmål, kan du være med på å forbedre den informasjonen som gis om "kopimedisiner" i apotek. Dette vil være en fordel for alle som bruker kopimedisin.

Jeg ønsker å finne ut hvordan kunder som bruker kopimedisin opplever det og har ikke et bestemt synspunkt å jobbe ut i fra. Alle svarene du gir i undersøkelsen er verdifulle for meg.

Spør gjerne underveis dersom du lurer på noe eller føler deg usikker.

Husk at du kan når som helst la være å svare på spørsmål og avbryte intervjuet dersom du ønsker det.

(NB! Samtykkeerklæring)

Sosiodemografiske spørsmål

Jeg begynner med å stille noen generelle spørsmål om deg.

1. Kjønn:

Mann

Kvinne

2. Sivilstatus:

Singel / skilt

Samboer

Gift

Enke/enkemann

3. Arbeidsforhold:
- I arbeid Yrke: _____
 - Hjemmeværende
 - Pensjonist
 - Annen trygd

4. Høyeste fullførte utdanning:
- Folkeskole/realskole (< 12 år)
 - Videregående skole/gymnas (\geq 12 år)
 - Høyskole/universitet (\leq 3 år)
 - Høyskole/universitet (> 3 år)

Om blodtrykket

Jeg skal nå stille noen spørsmål om blodtrykket ditt. Du svarer så godt du kan.

5. Hvor lenge er det siden du fikk diagnosen høyt blodtrykk?
- 0-2 år
 - 2-5 år
 - 5-10 år
 - Mer enn 10 år
 - Husker ikke
6. Begynte du med legemidler med en gang du fikk diagnosen høyt blodtrykk?
- Ja
 - Nei. Hvis nei, ble andre tiltak prøvd først?
 - Ja. Hvis ja, hvilke? _____
 - Nei
 - Husker ikke

7. Har du fått vite hvor lenge du skal ta dine blodtrykkssenkende medisiner?

Ja. Hvis ja, hvor lenge? _____

Nei

Husker ikke

8. Vet du hvorfor det er ønskelig at folk ikke har forhøyet blodtrykk?

Ja. Hvis ja, hvorfor? _____

Nei

9. Hvordan tror du blodtrykket ditt er nå som du går på medisiner?

Normalt

Litt høyt

Høyt

Veldig høyt

Vet ikke

10. Har du plager eller symptomer i forbindelse med ditt høye blodtrykk?

Ja. Hvis ja, hvilke plager eller symptomer er dette? _____

Nei

11. a) Hvor mange forskjellige typer legemidler får du mot høyt blodtrykk?

1

2

3

4

Flere enn 4

- b) Hvilke er disse?
(Vise frem perm med bilder av pakninger)

- c) Har du brukt andre legemidler mot høyt blodtrykk i tillegg eller i stedet for dem du bruker nå i løpet av det siste året?

Ja. Hvis ja, hvilke? _____

Nei

12. Bruker du andre reseptpliktige legemidler regelmessig enn dem som er mot høyt blodtrykk?

Ja. Hvis ja, hvilke? _____

Nei

Husker ikke

13. Bruker du noen legemidler regelmessig som ikke er på resept?
(Generelt, ikke bare mot høyt blodtrykk)

Ja. Hvis ja, hvilke? _____

Nei

Husker ikke

14. Pleier du å hente ut alle medisinene du får på blå resept samtidig?

Ja

Nei

Av og til

15. Hender det at det går mer enn 3 måneder mellom hver gang du henter ut blodtrykksmedisinene dine på apoteket?
- Ja
 - Nei
 - Husker ikke
 - Vet ikke
16. Går du stort sett til det samme apoteket hver gang du henter ut medisiner?
- Ja
 - Nei
17. Går du til den samme legen (fastlegen) hver gang du undersøker blodtrykket eller får nye resepter?
- Ja
 - Nei. Hvis nei, hva slags lege? _____

Om å ta legemidler

Da går vi videre til hvordan du bruker medisiner.

18. Er det noe du bekymrer deg for når du skal begynne på en ny medisin?
- Ja. Hvis ja, hva er dette? _____
 - Nei
 - Har ikke tenkt over det
19. Synes du det er problematisk å ta legemidler over lengre tid?
- Ja. Hvis ja, hva opplever du som problematisk? _____
 - Nei
 - Har ikke tenkt over det

20. Hvor mange ganger om dagen tar du medisiner?

- 1 gang
- 2 ganger
- 3 ganger
- 4 ganger
- Mer enn 4 ganger

21. Tar du medisiner dine til fast(e) tid(er) hver dag?

- Ja, stort sett
- Det kommer an på
- Nei

22. Synes du at det er vanskelig å huske å ta dem?

- Ja. Hvis ja, hvorfor? _____
- Av og til
- Nei

23. Er det noen spesiell tid på døgnet du synes det er vanskelig å huske på å ta medisiner?

- Ja. Hvis ja, når?
 - Morgen
 - Midt på dagen
 - Kveld
- Nei

24. Synes du det er vanskeligere å ta medisiner når du er på ferie, har besøk eller på spesielle dager?

- Ja
- Nei
- Av og til

25. Hvis du glemmer å ta medisinen din, hva gjør du da? _____

26. Hvor ofte tror du at du glemmer å ta medisinen din?

- Omtrent hver dag
- Omtrent hver uke
- Omtrent 1 gang i måneden
- Sjelden
- Aldri
- Vet ikke

27. Er det noen ganger du bevisst lar være å ta medisiner?

- Ja. Hvis ja, når?
 - Når jeg har lest noe i aviser/blader/brosjyrer etc.
 - Når jeg har hørt noe i radio/TV etc.
 - Når jeg har opplevd bivirkninger
 - Når venner/bekjente/familie har sagt noe ufordelaktig om medisinen
 - Hvis jeg skal bort
 - Annet. Hva da? _____
- Nei
- Vet ikke

28. Tenker du ofte på at du kan få bivirkninger av legemidlene du bruker?

- Ja. Hvis ja, hvilken innvirkning har det på hvor mye medisiner du tar?

- Nei
 Vet ikke

Om kopimedisin

Nå kommer en del spørsmål som går direkte på kopimedisiner.

29. Hvor har du fått vite om ordningen med kopimedisin?

- Hos legen
 På apoteket
 Av venner/familie
 I media
 På Internett
 Andre/annet

30. Hva slags informasjon har du fått? _____

31. Synes du at du har fått tilstrekkelig informasjon om ordningen?

- Ja
 Nei
 Vet ikke

32. Syns du det er vanskeligere å holde orden på medisinene dine når du bruker kopimedisiner?

- Ja
- Nei
- Av og til
- Vet ikke

33. Tror du for eksempel det har hendt at du har tatt både original- og kopimedisin på samme dag?

- Ja Hvis ja, hva ble konsekvensene av det? _____

- Nei
- Av og til
- Vet ikke

34. Har du opplevd at kopimedisinene har en annen form eller farge enn det du er vant til?

- Ja. Hvis ja, hvordan synes du dette er problematisk? _____

- Nei
- Vet ikke

35. Har du opplevd noen endring i virkningen etter at du begynte med kopimedisinen?

- Ja. Hvis ja, hva slags? _____

- Nei
- Kanskje. Forklar: _____
- Husker ikke

36. Har du opplevd nye bivirkninger eller mer eller mindre bivirkninger etter at du begynte med kopimedisinen?

Ja. Hvis ja, hva slags? _____

Nei

Kanskje. Forklar: _____

Husker ikke

37. Er du spesielt bekymret når du skal begynne på en ny kopimedisin?
(Jf. spørsmål 18)

Ja. Hvis ja, hva er årsaken til det? _____

Nei

Vet ikke

38. Har legen din skrevet på resepten at du ikke skal bytte til kopimedisin?

Ja. Hvis ja, hva var årsaken til det? _____

Nei

Vet ikke

39. Har du selv avslått å bytte til kopimedisin når du har vært på apoteket?

Ja. Hvis ja, hva var årsaken til det? _____

Nei

Husker ikke

40. Har du byttet tilbake til det originallegemidlet du gikk på først?

Ja. Hvis ja, hva var årsaken til det? _____

Nei

Husker ikke

41. Vet du hvorfor apoteket foreslår at du bytter til kopimedisin?

- Ja. Hvis ja, hvorfor tror du apoteket gjør det?
 - Staten skal spare penger
 - Jeg skal spare penger
 - Apoteket skal tjene mer penger
 - Apoteket har ikke originalmedisinen på lager
 - Originalmedisinen produseres ikke lenger
 - Annet: _____
- Nei
- Vet ikke

Økonomi

Du vil nå få fremstilt en rekke påstander. Du skal svare i hvilken grad du er enig, uenig eller ikke vet hva du mener om påstandene.

42. Synes du den egenandelen du betaler for medisinene dine er:

- For lav
- Passe
- For høy
- Vet ikke

43. Noen ganger er det slik at man må betale et mellomlegg dersom man vil ha utlevert originalmedisinen i stedet for kopimedisinen. Hva er du villig til å betale i et eventuelt mellomlegg mellom originalmedisin og kopimedisin for en tre måneders periode?

- 0 kr
- 1-50 kr
- 50-200 kr
- 200-500 kr
- Mer enn 500 kr

Påstander

Du vil nå få fremstilt en rekke påstander. Du skal svare i hvilken grad du er enig, uenig eller ikke vet hva du mener om påstandene.

44. Originalmedisin og kopimedisin har samme virkning:
Svært enig - enig - uenig - svært uenig - vet ikke
45. En original er alltid bedre enn en kopi, også når det gjelder legemidler:
Svært enig - enig - uenig - svært uenig - vet ikke
46. Det er viktig å ta medisinene hver dag:
Svært enig - enig - uenig - svært uenig - vet ikke
47. Kopimedisin er ofte forbundet med flere bivirkninger enn originalen:
Svært enig - enig - uenig - svært uenig - vet ikke
48. Jeg liker ikke tanken på kopimedisiner:
Svært enig - enig - uenig - svært uenig - vet ikke
49. I hvilket år er du født? _____

Avslutning:

Tusen takk for at du har vært med i undersøkelsen.

Er det noe du vil si i forhold til spørsmål du synes var upassende, spørsmål du føler burde være med, eller noe annet du gjerne vil si?