

Bergen, våren 2015

NORGES HANDELSHØYSKOLE



Eksterne faktorer av betydning for legers valg av medikamentell behandling

*Av Malin Elén Klingvall
Veiledet av Professor Lars Sjørgard*

NORGES HANDELSHØYSKOLE
Masterutredning innen masterstudiet i økonomi og administrasjon
Hovedprofil Økonomisk Styring

Dette selvstendige arbeidet er gjennomført som ledd i masterstudiet i økonomi- og administrasjon ved Norges Handelshøyskole og godkjent som sådan. Godkjenningen innebærer ikke at Høyskolen eller sensorer innestår for de metoder som er anvendt, resultater som er fremkommet eller konklusjoner som er trukket i arbeidet.

SAMMENDRAG

Masteroppgaven tar for seg en studie som undersøker eksterne faktorer av betydning for legers valg av medikamentell behandling, i tillegg til om eksponering fra legemiddelindustrien har innvirkning på valget. Tematikken er lite utforsket og leger er en gruppe det er vanskelig å komme i kontakt med i denne typen anledninger. Situasjonen kan stilles opp som en prinsipal-agent-relasjon, der pasienten (prinsipalen) etterspør en tjeneste av legen (agenten). Denne formen for tjenester omtales som tillitsgoder (credence goods), hvor legen må fatte en beslutning på bakgrunn av sin kompetanse og vurdering. Dersom motivasjonen og den faglige forankringen baseres på feil grunnlag som ikke ivaretar pasientens interesser, vil ikke tillitsgodet fungere optimalt. Føringer fra staten samt legemiddelindustriens produkttilbud og markedsføring, er eksterne faktorer som virker inn på legens valgmuligheter og kvalitetsbedømmelse av den medikamentelle behandlingen. Videre vil dette ha stor betydning for i hvilken grad tillitsgodet fungerer fordelaktig.

Datainnsamlingen ble gjort gjennom kvalitative dybdeintervjuer blant allmenn- og turnusleger i Hordaland, og en kvantitativ survey blant norske turnusleger. Det ble stilt spørsmål vedrørende hvilke eksterne faktorer som er av betydning i en forhåndsgitt setting, omstendigheter knyttet til kunnskapsgrunnlag og behandlingstilbud, assosiasjoner til industrien, samt tre konkrete pasientsituasjoner der det må foretas et eksplisitt valg av preparat ved behandling. Relevant statistikk utlevert av Reseptregisteret ble benyttet som et supplement i tolkning og analyse av empirien fra de to andre undersøkelsene.

Det fremkommer av studien at allmennleger vektlegger kjennskapet til preparatet ved valg av medikamentell behandling, mens turnusleger naturlig nok følger retningslinjer oppstilt i metodebøker og råd fra mer erfarne kollegaer. Ved mangel på erfaring følger legene retningslinjer og adopterer praksisen til spesialister for å ivareta hensynet til pasientens sikkerhet. Etterlevelse av pasienters personlige preferanser kan medføre valg av preparater som verken er medisinsk eller økonomisk fordelaktige, og resultatene tilsier at legene ikke tar hensyn til medikamenters pris, verken for blå eller hvit resept. Markedsføring og produktinformasjon fra produsentene er nødvendig for at nye og eventuelt bedre preparater får innpass i markedet, men feilaktig informasjon kan medføre uheldige vridninger. Indre motivasjon i ansvarsfølelse og kjennskap til effekten av et medikament gir grunnlag for en god kvalitetsbedømmelse og et fungerende tillitsgode, der legene har til hensikt å ivareta pasientens interesser.

FORORD

Denne studien er en del av min mastergradutdanning innen hovedprofilen økonomisk styring (BUS) ved Norges Handelshøyskole (NHH) i Bergen. Utredningen har et omfang som tilsvarer ett semesters arbeid, og både oppgaven og graden ferdigstilles våren 2015. Høsten 2012 startet jeg å studere medisin ved Universitetet i Bergen (UiB). Siden den tid har jeg studert parallelt ved de to utdanningsinstitusjonene med unntak av høstsemesteret 2014, da jeg innpasset et utvekslingssemester ved UC Berkeley i forbindelse med mastergraden på NHH. I inneværende semester er jeg derfor medisinstudent på tredje året.

Grunnet den tverrfaglige bakgrunnen innenfor økonomi og medisin, var det ønskelig å skrive en utredning som omhandler en problemstilling der begge disipliner er representert. Målet er å studere en tematikk som det ikke eksisterer for mye informasjon eller kunnskap om, både med tanke på å tilegne meg mer kunnskap innenfor et helseøkonomisk aspekt samt at en posisjon i hver leir kan gjøre det hele mer overkommelig å forske på. Legers valg av medikamentell behandling samt legemiddelindustriens rolle som tilbyder og produsent av medikamenter falt innenfor de gitte karakteristika, og er derfor utgangspunktet for problemstillingen. Studiens natur er selvsagt av økonomisk art, men temaet for oppgaven gjør at jeg kan benytte kunnskaper, innsikter og ressurser som er tilegnet gjennom erfaringer som medisinstudent. En del av informasjonen som er presentert i avhandlingen i forbindelse med konteksten til tematikken og hvordan ting foregår er derfor basert på egenerfaringer og opparbeidet kunnskap.

Temaet berører en rekke etiske aspekter, både med tanke på legens yrkesutøvelse og pasienten, og kan virke skremmende å forholde seg til. Det er derfor viktig å presisere at dette ikke er en avhandling som har til hensikt å betvile legens integritet, kompetanse og yrkespraksis, men som søker å gi innsikt på et område gjennom en deskriptiv studie av det anliggende. Økt kunnskap, nysgjerrighet og posisjonen som uavhengig student er drivkreftene og motivasjonen bak ønsket om å utforske forholdet. En stor takk må rettes til alle intervjuobjekter, de som videreformidlet og deltok på surveyen, fagpersoner som har gitt gode innsikter, og ikke minst min motiverende og kompetente veileder i professor Lars Sørgard som har bidratt med konstruktive tilbakemeldinger, gode råd og en tilstedeværelse gjennom hele prosessen.

Oppgaven har vært utfordrende og bestått av en del arbeid i motvind, men kunnskapskurven har vært bratt stigende hele veien og tematikken har vært meget interessant. Jeg håper studien kan bidra til å gi noen verdifulle innsikter og forenkle forståelsen for deler av den komplekse situasjonen som leger står ovenfor når de skal beslutte rett valg av medikamentell behandling.

Bergen, juni 2015

Malin Elén Klingvall

Innholdsfortegnelse

Oversikt over figurer	8
Oversikt over tabeller	8
Forkortelser og begreper	8
1. Presentasjon av studiet	9
1.1 Bakgrunn og motivasjon.....	9
1.2 Studiens problemstilling.....	10
1.2.1 Nødvendige avgrensninger	10
1.3 Tidligere studier.....	11
2. Teori	13
2.1 Prinspal-agentteori.....	13
2.1.1 Tillitsgoder (credence good)	14
2.2 Motivasjon.....	16
2.2.1 Indre motivasjon	17
2.2.2 Ytre motivasjon	17
2.3 Markedsføring.....	18
3. Metode	19
3.1 Forskningsmetode.....	19
3.1.1 Kvalitativ metode	19
3.1.2 Kvantitativ metode	20
3.1.3 Metodetriangulering	20
3.2 Forskningsdesign.....	21
3.3 Kvalitative dybdeintervjuer.....	21
3.3.1 Utarbeidelse av intervjuguide	21
3.3.2 Intervjuobjekter	22
3.4 Behandling av kvalitative primærdata.....	24
3.4.1 Registrering og bearbeiding av data	24
3.4.2 Evaluering av den kvalitative metodikken	24
3.5 Kvantitativ spørreundersøkelse.....	25
3.5.1 Utarbeidelse av spørreundersøkelse	26
3.5.2 Rekruttering av respondenter	27
3.6 Behandling av kvantitative primærdata.....	29
3.6.1 Registrering og bearbeiding av data	29
3.6.2 Evaluering av kvantitative primærdata	29
3.7 Kvantitative sekundærdata fra Reseptregisteret.....	31
3.8 Etske perspektiver.....	31
4. Kontekst	32
4.1 Helsenorge.....	32
4.2 Legemidler i Norge.....	32
4.3 Reseptpliktig medikamentell behandling.....	33
4.3.1 Blå resept	33
4.3.2 Hvit resept	33
4.4 De tre aktuelle medikamentgruppene.....	34
4.4.1 Peroral antikoagulantia (blodfortynnende i pilleform)	34
4.4.2 Hormonell prevensjon i pilleform (peroral hormonell antikonsepsjon)	35
4.4.3 Inhalasjonspreparater	36
4.5 Markedsføring av legemidler.....	37
5. Empiri og analyse	38
5.1 Valg av medikamentell behandling.....	39

5.1.1 Forutsetninger for valget	39
5.1.2 Av betydning for valget.....	40
5.1.3 Vektlegging av pris.....	42
5.1.4 Analyse av funn for valg av medikamentell behandling	43
5.2 Tre praktiske tilfeller: Valg av medikament ved gitte indikasjoner	46
5.2.1 Antikoagulantia	46
5.2.2 Hormonell prevensjon (antikonsepsjon)	52
5.2.3 Inhalasjonsmedikamenter	59
5.3 Legemiddelindustrien	62
5.3.1 Resultater fra dybdeintervjuer.....	62
5.3.2 Resultater fra survey	64
5.3.3 Analyse av resultater	64
6 Konklusjon	67
6.1 Konklusjon.....	67
6.1.1 Eksterne faktorer av betydning for valg av medikamentell behandling.....	67
6.1.2 Valg i praksis	68
6.1.3 Legemiddelindustrien.....	71
6.1.4 Oppsummering.....	72
Litteraturliste	73
Internettsider	78
Vedlegg.....	83
1) Indikasjoner for antikoagulantia	83
2) Rapporterte alvorlige bivirkninger i 2014 som følge av behandling med antikoagulantia.....	83
3) Statistikk for antikoagulantia utlevert av Reseptregisteret på forespørsel.....	84
4) Statistikk for et utvalg av hormonell prevensjon i pilleform (peroral antikonsepsjon) utlevert av Reseptregisteret på forespørsel.....	85
5) Statistikk over inhalasjonspreparater utlevert av Reseptregisteret på forespørsel.....	86
Appendiks	87
Dybdeintervjuer	87
Resultater fra surveyen	92

Oversikt over figurer

Nummer	Tittel	Side
Figur 1	Relasjonen mellom pasient (prinsipal) og lege (agent)	13
Figur 2	Evaluering av kvaliteten til varer og tjenester	14
Figur 3	Indre og ytre motivasjonsfaktorer	16
Figur 4	Eksterne faktorer som påvirker valget	41
Figur 5	Resultater fra dybdeintervjuer: Valg	42
Figur 6	Resultater fra survey: Valg	42
Figur 7	Utvikling i prevalensen for antikoagulantia	46
Figur 8	Utvikling i prevalensen for hormonell prevensjon i pilleform	52
Figur 9	Resultater fra survey: Valg av hormonell prevensjon	53
Figur 10	Resultater fra survey: Eksponering for produsentene	64

Oversikt over tabeller

Nummer	Tittel	Side
Tabell 1	Oversikt over dybdeintervjuer	23
Tabell 2	Utvalg av hormonell prevensjon i pilleform	36
Tabell 3	Definisjoner	38
Tabell 4	Statistikk for antikoagulantia, år 2014	46
Tabell 5	Statistikk for hormonell prevensjon i pilleform, år 2014	52
Tabell 6	Nøkkeltall for inhalasjonspreparatene, år 2014	59

Forkortelser og begreper

Forkortelse	Begrepet i sin helhet/forklaring
Antidot	Motvirker effekten til et preparat, "motgift"
Antikoagulantia	Blodfortynnende medikamenter
Antikonsepsjon	Prevensjon
DVT	Dyp venetrombose (blodpropp i vene)
Døgndose (DD)	Den antatt gjennomsnittlige døgn dosen v/hovedindikasjon for voksne
LE	Lungeemboli (løsnet blodpropp som har vandret til lungene)
MT	Markedsføringstillatelse
NOAK	Nye orale antikoagulantia
Peroral	Medikamenter som inntas via munnen, som oftest piller
RELIS	Regionale Legemiddelinformasjonscentre, uavhengig av produsenter

1. Presentasjon av studiet

1.1 Bakgrunn og motivasjon

Omtrent 3,5 millioner nordmenn benytter reseptpliktige legemidler hvert år, og i 2014 var antallet registrerte legemidler med markedsføringstillatelse (MT) 14 826 fordelt på 2 276 ulike legemiddelnavn og 1 531 virkestoffer (legemiddelverket.no, a). Legemiddelomsetningen i Norge har totalt sett hatt en økning de siste åtte årene, og denne tendensen er enda sterkere for generiske legemidler (lmi.no). Legemiddelindustrien fra sin side fokuserer på at andelen av helseutgifter til legemidler har vært synkende siden 2001 og utgjør en lav prosentandel av både spesialisthelsetjenestens og NAV sine totale utgifter (lmi.no). Uavhengig av hvilket perspektiv man ser det hele fra er det klart at enorme pengesummer er involvert ved transaksjoner som omhandler legemidler, og naturligvis er dette av stor økonomisk interesse for staten, privatpersoner og legemiddelprodusenter.

Regjeringens overordnede mål for bruk av legemidler er følgende (regjeringen.no, a):

”Det overordnede målet for legemiddelpolitikken er riktig legemiddelbruk, både medisinsk og økonomisk. Pasienter skal ha tilgang til sikre og effektive legemidler, uavhengig av betalingsevne. Legemidler skal ha lavest mulig pris.”

En lege står ovenfor mange utfordringer og interesser som må hensyntas ved beslutninger vedrørende medikamentell behandling av en pasient. En underliggende antakelse er at leger ønsker å tilby best mulig behandling innenfor vedtatte rammeverk og tilgjengelige ressurser. Ved indikasjoner for en sykdom og en gitt diagnose vil det ofte eksistere flere behandlingsmetoder og -muligheter, mens det også er tilfeller der alternativene er få eller ingen. Undersøkelser og testresultater kan bekrefte eller avkrefte en diagnose, avhengig av metodikkens spesifisitet og sensitivitet, og legen skal basert på informasjonsgrunnlaget og sin kompetanse avgjøre om det foreligger en medisinsk indikasjon, som betyr at det foreligger en grunn til å gjennomføre et bestemt tiltak (sml.snl.no, a). Motsatt er en kontraindikasjon noe som taler i mot en viss handlemåte. Indikasjoner og kontraindikasjoner må veies opp mot hverandre og spiller en stor rolle ved valg av behandlingsmetoder.

Dersom det blir besluttet at noe må behandles medikamentelt, vil det neste spørsmålet dreie seg om hvordan man skal nå frem (metode) og eventuelt hvilket preparat som skal velges innenfor denne retningen igjen. Her skilles det primært mellom systemisk metode, det vil si medikamenter som inntas i pilleform (peroralt) eller sprøyteform, eller lokal metode, der

problemområdet blir direkte eksponert for preparatet (kremer, dråper, plaster). Denne studien vil omhandle valget mellom ulike medikamenter som i prinsippet behandler det samme når det foreligger en medisinsk indikasjon og avgjørelsen vedrørende metode er tatt.

1.2 Studiens problemstilling

Målet for denne masterutredningen er å undersøke hva allmenn- og turnusleger selv tror er av betydning når de skal foreta valg om reseptpliktig medikamentell behandling. I den anledning er det viktig å avdekke hvor leger innhenter informasjon, i hvilken grad de mener at denne er tilstrekkelig og pålitelig, og om de føler at de kan tilby den behandlingen de foretrekker med hensyn til de rammer og retningslinjer som de må forholde seg til. Videre vil studien ta for seg hvordan informasjonskilder, og da særlig legemiddelindustrien, kan ha en innvirkning på valget. Eksponering for legemiddelprodusenter er strengt regulert i Norge, men det foregår en viss form for markedsføring, både av typen som holder seg innenfor lovens rammeverk og, i følge enkelte, videre utover dette. En generell oppfatning er at mye har endret seg de siste ti til femten år, hva angår smøringsmetoder og generering av goder utenom det som kan klassifiseres som nøkternt. Legemiddelindustrien er nødvendig og behovet for både informasjon, utvikling og tilgang på legemidler er eksisterende i et land som Norge, der den medisinske behandlingen i stor grad baserer seg på medikamenter. Følgelig er eksponering nødvendig så lenge det ikke medfører uheldige vridninger, både med tanke på sikker bruk og av samfunnsøkonomisk betydning. På bakgrunn av dette skal følgende problemstilling undersøkes i denne deskriptive studien:

Hvilke eksterne faktorer tror leger selv er av betydning ved valg av reseptpliktig medikamentell behandling blant allmennleger i Hordaland og norske turnusleger, og har eksponering for legemiddelprodusenten betydning for valget?

Eksterne faktorer defineres som faktorer som ikke omhandler pasienten direkte. Mer konkret er faktorer som omhandler pasienten direkte klassifisert som personlige og familiære risikofaktorer, tidligere sykdommer, interaksjoner med andre preparater, personlige preferanser og andre anliggende forhold av betydning som amming, graviditet og røyking.

1.2.1 Nødvendige avgrensninger

Av praktiske hensyn er studien avgrenset til å ta for seg allmennleger som praktiserer i Hordaland fylke, da gjennomføring av dybdeintervjuer vil foregå ved personlige møter mellom intervjuer og respondent. De aktuelle turnuslegene skal enten nettopp ha startet,

befinne seg i eller nylig være ferdig (februar 2015) med sin tjenestetid. Datainnsamlingen vil foregå både gjennom dybdeintervjuer og en landsomfattende elektronisk survey.

Det er legens personlige valg som skal studeres i avhandlingen. Allmennleger må anses å stå mest fritt i sin beslutning vedrørende medikamenter, siden de stort sett opererer som selvstendig næringsdrivende, ikke er underlagt retningslinjer som på et sykehus og selv avgjør omfanget av eksponeringen fra legemiddelindustrien. Turnustjenesten foregår både i distrikt som allmennpraktiker og i spesialisthelsetjenesten, så dermed inkluderes også den sistnevnte andelen av helsetjenestene i noen grad. Selv om utøvelsen på et sykehus er mer styrt av retningslinjer og det aktuelle sykehusapotekets produktspekter, vil beslutningsprosessen bære preg av de samme momentene som ved et fastlegekontor. Noen av spørsmålene i forbindelse med datainnsamlingen vil være mest aktuelle for allmennleger, mens andre relaterer seg mer til situasjoner på et sykehus. Ved mange av spørsmålene i datainnsamlingen er omstendighetene ved valgets setting gitt for å forsøke å luke ut forskjeller. Hovedfokuset i studien er valg i situasjoner der legen står fritt og kan dermed sies å ligge nærmere allmennpraksis. Mindre oppmerksomhet er derfor rettet mot omstendighetene på et sykehus. Avhandlingen tar ikke for seg praksis i poliklinikk.

1.3 Tidligere studier

Studien omfatter i stor grad en forskning på primærdata, men likevel er det av relevans å vurdere tidligere utredninger på området, deres forskningsopplegg og andres konklusjoner opp mot egne funn (Halvorsen, 2003). Det eksisterer lite deskriptiv forskning utover ren statistikk på omfanget av rekvirerte resepter når det gjelder legers praksis. Etter dialog med professorer og overleger ved NTNU er det erfaringsmessig svært vanskelig å distribuere og få respons på undersøkelser rettet mot allmennleger. Tidligere studier gjort ved samme universitet bekrefter dette (Bore, 2012). Turnuslegers praksis i forhold til rekvirering av medikamentell behandling er oppfattet som et lite utforsket område i Norge.

I USA er det gjort en studie på legers beslutningstaking i forhold til medisinsk effekt og antall bivirkninger som er listet opp i pakningsvedlegget, der det undersøkes om markedsføring og forespørsler om behandling fra pasienten har noen innvirkning på avgjørelsen (Venkataraman & Stremersch, 2007). Sykdomshistorikk, eventuelt andre foreliggende sykdommer og informasjonskilder er faktorer som ikke blir hensyntatt, og i tillegg kan utbredelsen og regelverket knyttet til markedsføring av legemidler sies å være relativt liberalt sammenlignet

med norske standarder. Et annet tema som er belyst i forskning er interessekonflikter som kan påvirke integriteten i medisinsk forskning, objektiviteten ved utdanning og samfunnets tillit til den medisinske disiplinen (Lo og Field, 2009).

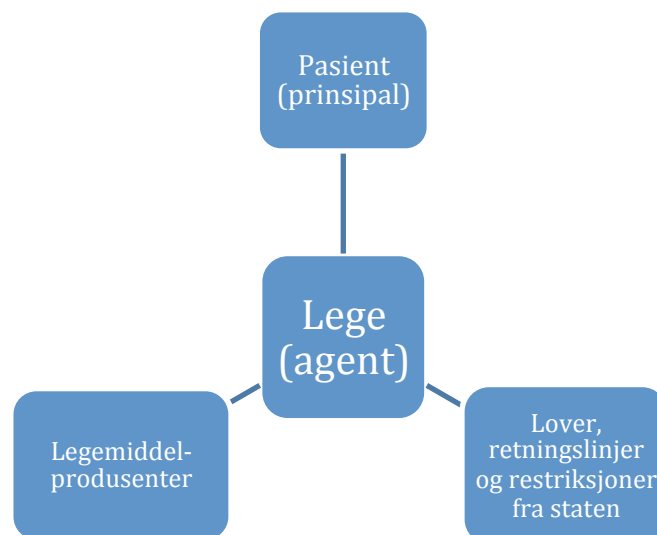
Fra og med 2016 blir leger i Sverige pålagt å melde i fra om hvilke koblinger de har til legemiddelindustrien i en åpen database tilgjengelig for pasienter, siden bindinger kan påvirke hvilke medikamenter som blir rekvirert (tv4.se). Ulike faktorerers innvirkning på legers forskrivning av resepter, og særlig bindinger til industrien, har blitt forsket på i noen grad, men lav tilgang til respondenter og lite kjennskap til de vurderinger som legen må gjøre har gjort at studiene har sine svakheter. Etter egen kjennskap eksisterer det lite forskning på området i Norge. Målet for denne utredningen er derfor å benytte kunnskap som er tilegnet i medisinstudiet for å kunne forstå den aktuelle situasjonen, og å ta hensyn til hvilken rolle informasjonskanaler, industrien og utdanningen spiller i opparbeidelsen av nødvendig kunnskap om en behandling. Ved å konstruere settinger som fjerner støy og gir klare føringer på omstendighetene rundt valget om medikamentell behandling, er det forhåpentligvis mulig å si noe om hvilke eksterne faktorer som har innvirkning på legens beslutning.

2. Teori

2.1 Prinsipal-agentteori

Ved kontrakter og relasjoner mellom to eller flere parter vil det ofte være tilfelle at den ene parten innehar mer informasjon av betydning. Fenomenet betegnes asymmetrisk informasjon, og problematikken og mulige løsninger blir belyst ved prinsipal-agentteori. Denne typen skjevhet gir opphav til risiko, opportuniste og strategisk atferd, og markeder som bærer preg av dette fungerer gjerne ikke samfunnsøkonomisk fordelaktig (Ringstad, 2002). Det foreligger en prinsipal-agent relasjon når agenten skal handle på vegne av prinsipalen og påvirker dens nytte og måloppnåelse, der agenten betegnes som den informerte og prinsipalen den uinformerte (Pindyck og Rubinfeld, 2009).

En prinsipal-agent-relasjon er tilfelle i en situasjon der en pasient etterspør hjelp og behandling av en lege. Pasienten, som her er prinsipalen, henvender seg til legen, som tilsvarende er agenten, og stoler nærmest blindt på at legen foretar korrekte beslutninger som samsvarer med prinsipalens helsemessige interesse. I denne studien vil disse beslutningene dreie seg om medikamentell behandling. Asymmetrisk informasjon, begrensninger av kontroll, ulik interesse- og målstruktur samt en viss usikkerhet ved resultatet er kompliserende faktorer som gjør at agentrelasjonen kan bli et problem (Ringstad, 2002). I prinsipal-agentteorien omtales det gitte tilfellet mellom pasient og lege som "credence goods" eller tillitsgode.

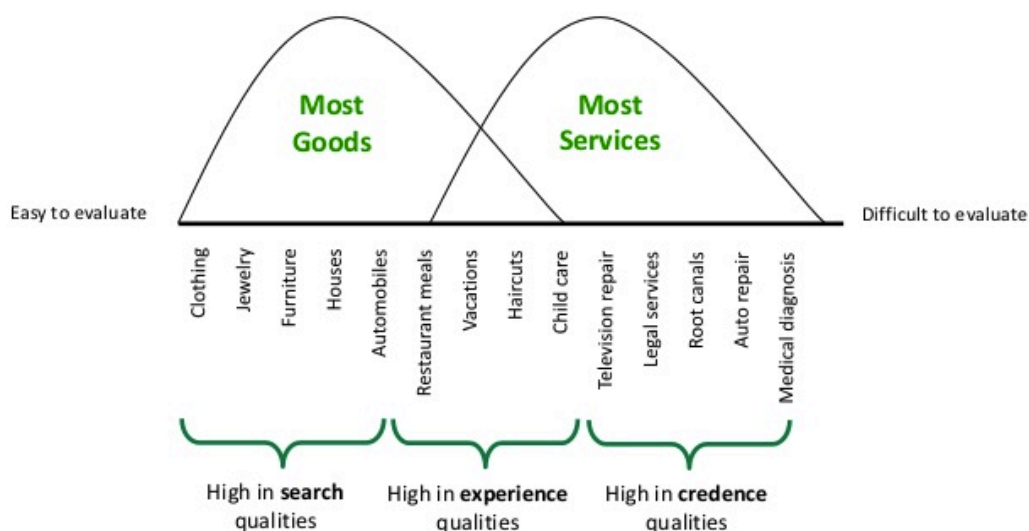


Figur 1: Relasjonen mellom pasient (prinsipal) og lege (agent), og videre mellom lege og det tilgjengelige tilbudet som bestemmes av produsentene og staten.

2.1.1 Tillitsgoder (credence good)

Økonomiske aktører som produsenter og konsumenter utveksler varer, tjenester og andre goder, og i et fritt marked vil transaksjoner finne sted dersom partene forventer at det vil medføre en økt nytte (Snyder og Nicholson, 2012). I tradisjonell økonomi er informasjon en verdifull ressurs for å redusere usikkerheten ved valg, men denne kan både være vanskelig og tidkrevende å anskaffe. Det foreligger en såkalt søknadskostnad når konsumenten innhenter relevant informasjon om et produkt, og markedsføring vil på sin side redusere disse kostnadene (Stiegler, 1961).

Informasjon om *kvaliteten* på en vare eller tjeneste er vanskeligere å anskaffe enn eksempelvis pris og bruksområde, og mangel på kunnskap om produktets kvalitet og attributter, både for tilbyder og den som etterspør, influerer egenskaper ved transaksjonen og markedsstrukturen (Benz, 2007). Nelson (1970) skiller mellom to former for slike typer varer og tjenester, der navnet indikerer hvordan informasjon kan anskaffes: søknads- og erfaringsgoder. Darby og Karni (1973) inkluderer enda en form for goder i denne sammenhengen: credence goder eller tillitsgoder.



Figur 2: Evaluering av kvaliteten til varer og tjenester. Tjenester setter større krav til tillit, der ekspertise opptrer i etterspørres interesser og gjør korrekte valg (Ghag, 2013). Medisinske diagnoser befinner seg til høyre på skalaen.

Tillitsgoder er en type varer og tjenester, der kvaliteten ikke kan avdekkes gjennom søking eller erfaring (Anderson, 2003). Eksperttjenester, eller ytterligere informasjonskilder i form av signaler eller en tredjeparts mening, er nødvendig og introduseres gjerne i slike situasjoner

for å bedre den etterspørrende parts beslutningstaking. Emons (1997) forklarer fenomenet på følgende måte:

”With a credence good, consumers are never sure about the extent of the good they acutally need. Therefore, sellers act as experts determining the consumers’ requirements. This information asymmetry between buyers and sellers obviously creates strong incentives for sellers to cheat on services.”(side 1)

Tillitsgoder har høye søknadskostnader i tilknytning til kvalitetsavdekking både før og etter transaksjonen, og selv etter konsumering er det ofte umulig å finne den eksakte nytten av godene (Benz, 2007). Dette innebærer at konsumenten må stole på at en tredjepart gir korrekt informasjon når det gjelder bedømmelse av kvalitet og tar de rette avgjørelser (Anderson, 2003). Tredjepartens sertifisering, utdanning eller statlige restriksjoner er av betydning for dens posisjon som informasjonsinnehaver og gjør den i stand til å foreta de aktuelle vurderinger og beslutninger. Det er vanskelig å etterprøve kvaliteten, da det er tilnærmet umulig å bedømme hvordan situasjonen hadde utspilt seg uten konsumering eller ved bruk av andre substitutter (Anderson, 2003). Markeder der tillitsgoder blir omsatt er imperfekte ved at det foreligger en asymmetri i tilegnelse av kunnskap mellom produsent og konsument, og ved at det ikke er praktisk mulig for konsumenten å avdekke kvaliteten på produktet, verken før eller etter konsumering (Darby og Karni, 1973).

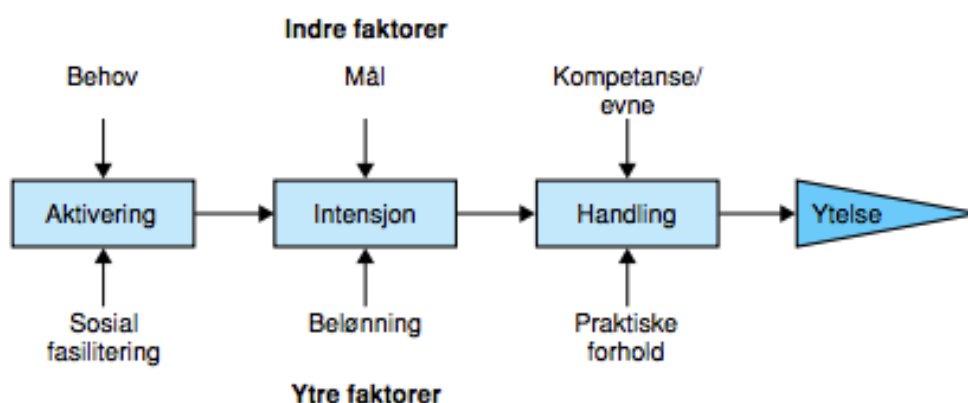
I situasjonen mellom en lege og pasient, vil pasienten opptre som en prinsipal som etterspør en utført tjeneste i behandling av legen, eller agenten. Ved forskrivelse av resepter er legen en tredjepart som vurderer situasjonen og tar avgjørelser knyttet til medikamentell behandling. Legemiddelprodusenter tilbyr relativt ulike, og også relativt substituerende, former for behandling som omfatter bestemte indikasjoner og diagnoser, og legens oppgave blir derfor å velge blant ulike handlingsalternativer til beste for pasienten. Grunnet sin utdanning og yrkesstatus innehar legen lisens til å yte denne typen handlinger. Pasienten må på sin side ha tillit til at helsemessige og ofte livsviktige beslutninger ivaretar dens personlige interesser.

Ved å strukturere prinsipal-agent-problematikken i tilfellet med pasient og lege, vil det være lettere å kunne utarbeide passende insentiv- og kontrollsystemer i prinsipalens interesse. Det er behov for mekanismer som regulerer og sikrer at asymmetrien i informasjonsnivået mellom lege og pasient ikke medfører feildiagnostisering og uforsvarlig bruk av medikamenter, men en ærlig legepraksis til beste for pasienten. Separasjon av diagnostikk og behandling er en

enkel mekanisme som kan bidra til ønsket atferd (Emons, 1997). I forbindelse med forskrivelse av medikamentell behandling vil det stort sett være en separasjon mellom legemiddelprodusenten og legen, og i følge regelverket både fra staten og bransjeforeningen i Legemiddelindustrien sin side er det oppsatt tydelige rammer for atferd for å unngå uheldige bindinger. Fra et inntektsperspektiv vil ikke legen motta eller tape direkte belønning som er tilknyttet den rekvirerte resepten.

2.2 Motivasjon

Motivasjon er definert som psykologiske prosesser som igangsetter, regulerer og opprettholder atferd (Haukedal, 2005). Deci og Ryan (1985) peker på at atferd er et resultat av menneskers indre og ytre motivasjon i ulike situasjoner. Ved tilstrekkelig indre motivasjon vil eksterne faktorer ha mindre betydning, og motsatt. Opprettholdelse av atferd over tid forklares ofte av betingingsteori, der de kognitive mekanismene som oftest opptrer ubevisst og gir opphav til vaner og rutiner (Brochs-Haukedal, 2010). Dette gir utslag i automatisert og, ved noen anledninger, irrasjonell atferd. I den aktuelle prinsipal-agent-relasjonen mellom en pasient og lege, vil kvaliteten på tillitsgodet og ivaretagelsen av pasientens interesser avhenge av legens motivasjon. En lege må vurdere og fatte en beslutning i en situasjon der det foreligger et komplekst bilde av faktorer som må hensyntas. Summen av de indre og ytre motivasjonsfaktorene som gjør seg gjeldende vil ha innvirkning på informasjonsnivået og kvalitetsbedømmelsen av de aktuelle behandlingsalternativene, som igjen avgjør valget av den medikamentelle behandlingen.



Figur 3: Forholdet mellom motivasjon og ytelse (Mitchell og Larson, 1987)

Et ønske om å gjøre noe, såkalt aktivering, overføres til en intensjon som igjen medfører en handling. Som det fremgår av figuren er ytelsen resultatet av dette, der balansen mellom interne og eksterne forhold til sammen skaper drivkreftene. Behovet for å gjøre noe, målet

som dekker behovet og evner til å nå målet utgjør de indre faktorene, mens sosiale settinger som normer og overvåkning, belønning for innsats og rent praktiske forhold som muliggjør å yte etter ønske, utgjør de eksterne faktorene (Brochs-Haukedal, 2010).

2.2.1 Indre motivasjon

Atferd man engasjerer seg i for aktivitetens egen del og som oppleves som positivt eller belønnende i seg selv, klassifiseres som indre motivasjon (Kobbeltvedt, 2010). Denne delen av motivasjonen har sitt opphav i kognitive prosesser, der følelsen av ansvar for eget arbeid, opplevelse av meningsinnhold i arbeidet og kjennskap til resultatet av egen innsats er av stor betydning (Brochs-Haukedal, 2010).

Indre motivasjon som uttrykkes gjennom ansvar for eget arbeid vil si at legene innhenter mer informasjon ved behov, vurderer informasjonskanaler, gjør nødvendige beslutninger, sørger for at pasienten forstår hensikten ved behandlingen og dermed bruker preparatet korrekt. Kjennskap til resultater av egen innsats innebærer at legene har erfaring med og vet effekten av det preparatet de forskriver. De indre motivasjonsfaktorene er viktigst for den moralske delen av valget, og spiller en stor rolle for det medisinske hensynet til pasientens beste og profesjonens yrkesstolthet gjennom opplevd mening i arbeidet.

2.2.2 Ytre motivasjon

Atferd som har til hensikt å oppnå goder er motivert av ytre faktorer og klassifiseres som *instrumentell atferd* (Kobbeltvedt, 2010). Eksterne påvirkninger influerer menneskers intensjoner og atferd, og de tre viktigste forholdene er av teknisk, sosial og insentivert art (Brochs-Haukedal, 2010). Det tekniske relateres til de praktiske forholdene som for eksempel tilgjengelighet av hjelpemidler, det sosiale henviser til normer, rollemodeller og kommunikasjon med kollegaer, og insentiver omfatter her en pengemessig belønning for arbeidsinnsats (selvaktualisering tilhører indre belønning) (Brochs-Haukedal, 2010).

Ytre motivasjonsfaktorer gjør seg gjeldende for leger ved at de kommuniserer mye med kollegaer, siden pasienter ofte er innom flere deler av helsetjenesten. Noen behandlinger krever hyppigere og mer omfattende undersøkelser som derfor gir økte inntekter ved et fastlegekontor, og tilknytning til industrien vil kunne gi goder avhengig av omfanget av relasjonen. Det tilgjengelige behandlingstilbudet og legenes handlingsrom i forhold til de rammer som er oppsatt, vil avgjøre om de får dekket sitt behov for å behandle og kan omsette

sin intensjon til handling. De ytre motivasjonsfaktorene er viktig for å fremme det beste behandlingstilbudet og gir insentiver til å foreta en grundig utredning av pasienter.

2.3 Markedsføring

Markedsføring defineres som aktiviteten ved å oppdage og imøtekomme menneskelige og sosiale behov (Kotler & Keller, 2009). Målet til markedsførerne er blant annet å oppnå kontakt med kunden, bygge sterke merkevareassosiasjoner, forme markedstilbudet og påvirke atferden dithen at kunden foretrekker og velger den aktuelle leverandøren (Kotler & Keller, 2009). I prinsipal-agent-relasjonen mellom pasient og lege vil markedsføringen primært gjøre seg gjeldende ved at produsentene markedsfører sine produkter i retning av agenten, som her er legene. Markedsføringen innebærer som regel en formidling av produktinformasjon om nye eller allerede kjente preparater, som igjen bidrar til å gjøre legene kjent med hvilke behandlingsalternativer de kan velge blant. Oppriktigheten av informasjonen og legens evne til å selektere og innlemme denne i beslutningsprosessen vil ha en innvirkning på valget av den medikamentelle behandlingen. Dette er en nøye regulert, ekstern faktor med potensiale for påvirkningskraft.

Kundelojalitet, som innebærer gjenkjøp av produkter eller tjenester til tross for ekstern påvirkning i motsatt retning, oppnås best gjennom relasjonsmarkedsføring som har til mål å bygge gjensidige og langsiktige forhold med kunder, leverandører og andre involverte parter (Kotler & Keller, 2009). En sentral side ved relasjonsmarkedsføringen er at den fokuserer på å tiltrekke og holde på de riktige kundene, som her er legene, ved å tilfredsstille deres krav. Dette kan innebære å overbevise overleger eller annen ekspertise med høy røst og sentrale posisjoner om at det aktuelle preparatet er den beste behandlingen. Dette kan igjen videreformidles til kollegaer og bli innlemmet som foretrukket behandling i metodebøker, og som retningslinjer på sykehus og nasjonalt plan. I markedskommunikasjonen mellom industrien og leger kan sistnevnte i stor grad selektere hva de vil motta av informasjon, så dermed er det hensiktsmessig å benytte et bredt spekter av kommunikasjonsformer (Kotler & Keller, 2009). Ved å posisjonere seg i markedet og formidle en differensiert merkevareverdi kan en legemiddelprodusent oppnå et konkurransefortrinn. Sterke kundeforhold og assosiasjoner knyttet til et produkt er svært avgjørende i en setting der legene har begrenset med tid til å bedømme preparater og foreta valg av medikamentell behandling. Leger er også en målgruppe det er vanskelig å nå grunnet regelverk og relativt liten tilgjengelighet.

3. Metode

3.1 Forskningsmetode

Metode er snevert definert som den siden av vitenskapen som benyttes for å samle informasjon, der den typen informasjon som samles inn kalles *data* og de innsamlede data kalles *empiri* (Halvorsen, 2003). Videre går det et skille mellom kvalitative metoder som refererer til tilnæringer der empirien er myke data i form av tekst som ikke kvantifiseres, og kvantitative metoder som beskriver harde data i form av tallverdier eller andre mengdetemer (Holter & Kalleberg, 1996). Data inndeles i primærdata (førstehåndsdata), som har den fordel at de kan tilpasses til problemstillingen, og sekundærdata (andrehåndsdata) som eksempelvis kan beskrive faktiske forhold og tendenser av betydning (Ringdal, 2001).

I denne studien er det gjennomført kvalitative dybdeintervjuer blant allmenn- og turnusleger i Hordaland samt en survey blant turnusleger i Norge. Innsamling av primærdata er en fordel siden tematikken er lite berørt, spørsmålene er dagsaktuelle, og denne typen data er ikke-eksisterende så vidt det er kjent. Andrehåndsdata fra Reseptregisteret er også benyttet i denne studien for å sammenligne tendenser i medikamentelle forskrivninger i Norge og blant respondentene i intervjuer og survey. Denne metodetrianguleringen vil øke både validiteten og reliabiliteten til undersøkelsene som er gjennomført. I de neste avsnittene vil det være en detaljert beskrivelse av den kvalitative og kvantitative metodikken som er benyttet.

3.1.1 Kvalitativ metode

Kvalitative data er beskrevet som ekte og dyptgående, og bruk av kvalitative metoder gir fylldig informasjon om personer og situasjoner som ikke umiddelbart er innlysende (Zelditch, 1962). En mye anvendt kvalitativ metode i samfunnsforskning er dybdeintervjuer, der graden av struktur kan variere fra streng med et forhåndsfastsatt oppsett til en åpen struktur med et overordnet tema (Holter & Kalleberg, 1996). Semi-strukturerte dybdeintervjuer er en mellomting av de to ytterpunktene hvor spørsmålene og deres tematiske rekkefølge er satt på forhånd i en intervjuguide, men hvor det fortsatt er anledning til å bevege seg utenfor manus og stille naturlige oppfølgingsspørsmål. Dette bidrar til refleksjon, utdypning, og en samtale med god flyt omkring de forhåndsoppsatte spørsmålene hvor det gradvis utvikles et tillitsforhold (Mishler, 1986). Fleksibilitet og tilpasning gjør at denne kvalitative metoden er godt egnet for å besvare spørsmål som setter krav til personlige meninger og der det foreligger begrenset med data.

Lyddopptak er en velegnet og logisk måte å dokumentere informasjonen fra intervjuene (Johannessen et al., 2006). Den tidkrevende prosessen og dermed begrensede muligheten til å gjennomføre mange intervjuer utfordrer representativiteten, og den geografiske lokalisasjonen og konteksten er en naturlig utfordring i forhold til ivaretagelse av anonymitet. Personlige møter er imidlertid fordelaktig for å oppnå tillit og tolke kroppsspråket i lys av utsagnene.

3.1.2 Kvantitativ metode

Ved innsamling av data med få opplysninger og mange respondenter er kvantitative metoder godt egnet, da disse omformer informasjon til målbare størrelser. Systematikk, distanse, nøytralitet og bruk av instrumenter i innhenting gir opphav til empiri som kan gi informasjon om det gjennomsnittlige (Lavik, 1981). Datainnsamlingen skjer blant et utvalg av respondenter i en populasjon som ofte fremgår av problemstillingen, og representativiteten avhenger av om utvelgingen er randomisert (Johannessen et al., 2006). Fordelen med denne metodikken er at et representativt utvalg gir bedre grunnlag for å generalisere data fra utvalg til populasjon, og det er mindre arbeid knyttet til datainnsamlingen (Johannessen et al., 2006). Utfordringen med kvantitative metoder er at det kan være vanskelig å distribuere en survey til målgruppen og motivere til deltakelse. Videre kan liten fleksibilitet medføre at relevansen blir svekket, og eventuelle feil som oppdages underveis følger hele datasettet, siden spørreskjemaer utarbeides i forkant og hindrer senere endringer (Johannessen et al., 2006).

Kvantitative sekundærdata i form av forskningsdata kan gi god innsikt og integreres i egen studie. Slike data er ofte ferdig analysert, og fordelen med å benytte disse er at de er både tids- og eventuelt pengebesparende, og representative for samfunnet (Østerberg, 1986).

Utfordringen vil være å vurdere om et datamateriale er relevant (valid), pålitelig (reliabelt) og representativt i forhold til den aktuelle problemstillingen (Cooper, 1984).

3.1.3 Metodetriangulering

De sterke sidene ved kvalitative data kan oppveie de svake sidene ved de kvantitative, og motsatt, og en kombinasjon av flere metoder kalles *metodetriangulering* (Halvorsen, 2003). Ved å kombinere kvalitative intervjuer, en kvantitativ survey og kvantitative sekundærdata som et supplement i tolkningen, vil det være lettere å se det fulle bildet og eventuelle funn får høyere validitet dersom datasettene taler i samme retning (Fielding & Fielding, 1986). Avvik kan på sin side gi opphav til nye tolkninger (Grønmo, 1996). Bruk av flere ulike metoder kan også øke sjansen for feil, da det er lett å lete etter samsvarende resultater (Denzin, 1970). For denne studien vil de kvantitative dataene supplere og eventuelt bekrefte funn i de kvalitative.

3.2 Forskningsdesign

Et forskningsdesign omfatter en beskrivelse av hvordan datainnsamlingen skal organiseres og gjennomføres basert på en avveining mellom det som er ideelt i forhold til problemstillingen og praktisk gjennomførbart (Halvorsen, 2003). Kvalitativ forskning setter særlig krav til en transparenthet hvor alle faser i forskningsprosessen blir nøye beskrevet, da variantene er mange og det underliggende må komme tydelig frem (Johannessen et al., 2006). Det skilles gjerne mellom eksplorative, deskriptive og kausale design avhengig av problemstillingens natur (Selnes, 1999). Et deskriptivt, eller beskrivende, design er velegnet dersom det foreligger en godt strukturert og forstått problemstilling som søker å beskrive sammenhenger mellom ulike variabler, og metodikken er kvalitativ og/eller kvantitativ (Ghauri & Grønhaug, 2002).

Avhandlingen omfatter en deskriptiv studie av et tema der det eksisterende faktagrunnlaget er relativt begrenset og presentert stykkevis av ulike aktører. En kvalitativ metode muliggjør en mer spisset og samtidig fleksibel tilnærming til området, og kvantitative data vil være et godt sikringsgrunnlag for å kunne bekrefte eller avkrefte om eventuelle funn er valide.

Metodetrianguleringen bidrar til at tallene kan si noe om utbredelsen i de kvalitative funnene.

3.3 Kvalitative dybdeintervjuer

De semi-strukturerte dybdeintervjuene er utgangspunktet for studien, da de er mer dyptgående og tar for seg både turnus- og allmennleger, som har mer erfaring og kan sies å være mer eksponert for den typen valg det er ønskelig å studere. For kvalitativ metodikk hevdes det at analyse og fortolkning er en integrert del av datainnsamlingen, så en grundig undersøkelse av forhold rundt allmennpraksis og turnusordningen gjennom dialog med leger utenom studien, i tillegg til egenerfaring, var fordelaktig i den anledning (Thagaard, 1998).

3.3.1 Utarbeidelse av intervjuguide

Formålet med intervjuene var å innhente mye informasjon om valg av medikamentell behandling generelt, informasjonsinnhenting, konkrete medikamentsspørsmål, hvordan statens retningslinjer fungerer i praksis, hensynet til prisen og hvordan legemiddelindustrien virker inn i denne sammenhengen. For å sikre en grei flyt i selve gjennomføringen ble det utarbeidet en intervjuguide (se appendiks), der tematikken og spørsmålene var ment som en veileder til samtalegang. Selv om intervjuguiden er velorganisert og inneholder mange spørsmål, bærer de fleste preg av å være åpne, der stikkord gir hint om eventuelle oppfølgingsspørsmål. Hele veien var det rom for utdypning, misforståelser ble avdekket og oppklart, og det hele minnet om en vanlig samtale hvor spørsmålene ble tilpasset samtalen og stilt der det falt

naturlig. Ulempen med denne organiseringen er at det kan medføre manglende svar og vanskeligheter med klassifisering og kategorisering i analyseprosessen (Halvorsen, 2003).

Rekkefølgen av tematikken var utarbeidet med tanke på å utvikle et tillitsforhold og en ”gradvis oppvarming”, der de spørsmålene som ble ansett for å kreve mest tillit og som kanskje var vanskeligst å besvare kom til sist. Innledningsvis ble det presentert litt om min bakgrunn, studien, og rammene rundt intervjuet som konfidensialitet, anonymitet, varighet, forespørsel om lydopptak og en oppfordring om å besvare etter egen erfaring og beste evne. Lydopptaket tilrettela for en god flyt og var en effektiv måte for å sikre riktig gjengivelse og for å lette etterarbeidet med transkriberingen. Ved de fleste tilfeller var det et tydelig kroppsspråk som viste at respondentene slappet mer av idet båndopptakeren ble skrudd av. Dette indikerer at de følte seg litt ukomfortable og kanskje var litt skeptiske, men en opplevelse av ærlighet og oppriktighet var gjennomgående for samtlige intervjuer.

3.3.2 Intervjuobjekter

Av problemstillingen fremgår det hvem som skal studeres, nemlig allmennleger i Hordaland og turnusleger i Norge, og dermed er populasjonen for intervjuene satt. Utvelgelsen av undersøkelsesenheter er av stor betydning for representativiteten til utvalget, analyse av dataene, hvilke konklusjoner som kan trekkes og tilliten til disse (Halvorsen, 2003).

Rekrutteringen har som mål å oppnå mest mulig utfyllende kunnskap om de relevante områdene. Derfor er *hensiktsmessigheten* med både målgruppen og videre de utvalgte fra målgruppen også av betydning, og ikke utelukkende representativiteten (Johannessen et al., 2006). Dette kalles et strategisk utvalg, der formålet er å oppnå kvalitet på informasjonen og finne intervjuobjekter som har en god evne til å uttrykke seg.

Utvelgelsen av intervjuobjektene bærer preg av å både inneha en viss grad av representativitet og hensiktsmessighet. Det ble i forkant bestemt at det skulle gjennomføres 12 intervjuer totalt, der seks var allmennleger og seks var turnusleger. Utvalgsstørrelsen bør vurderes fortløpende og bestemmes ut i fra når informasjonsinnhenting har nådd sitt metningspunkt (Johannessen et al., 2006). Det viste seg at dette antallet var tilstrekkelig i forhold til en metning av informasjonen fra turnusleger, mens flere allmennleger trolig kunne gitt ytterligere verdi. Praktiske hensyn måtte tas både rent tidsmessig og geografisk med tanke gjennomføring av personlige møter. Omfanget ble derfor begrenset til 12 leger som praktiserer i Hordaland.

Det var ønskelig å intervju en relativt lik andel kvinner og menn, samt en jevn fordeling av antall år som yrkespraktiserende så godt det lot seg gjøre. Leger bærer preg av å befinne seg i lukkede miljøer, og i den anledning baserte utvelgelsen seg på aktuelle kandidater som jeg selv har truffet tilfeldig i forbindelse med studiet eller hørt snakk om blant medstudenter, som jeg deretter har forespurt. På NAV sine sider over fastleger i Hordaland ble det plukket ut tilfeldige navn, for så å søke etter tilgjengelig kontaktinformasjon og sende en forespørsel. Dette var en metode som ga dårlig respons. Enkelte turnusleger oppgir i sosiale medier at de praktiserer i turnus, og disse kan finnes ved å studere medlemsmassen til aktuelle grupper i mediene. Det var vanskelig å rekruttere intervjuobjekter grunnet liten tilgjengelighet, så derfor var det nødvendig å basere noen forespørsler via bekjente, som hadde gjort en kandidat til kjenne mer eller mindre tilfeldig. Rent strategisk var det noen kandidater som ble kontaktet grunnet at de sannsynligvis ville besitte mye informasjon og gi mer omfattende svar. Av hensyn til anonymiteten vil ikke dette bli videre utdypet.

Tabellen gir en oversikt over leger som ble intervjuet. Disse refereres til som intervjuobjekter for å ivareta anonymiteten, der nummer 1-6 er turnusleger og 7-12 er allmennleger. For turnusleger relateres erfaring til hvor de har praktisert, der "S" betyr sykehus og "Al" betyr allmennpraksis, mens allmennlegers erfaring henviser til antall år som allmennlege:

Intervjuobjekt	Dato	Stilling	Erfaring	Varighet
Intervjuobjekt 1	11.03.15	Turnuslege	S + Al	41 min
Intervjuobjekt 2	13.03.15	Turnuslege	S	39 min
Intervjuobjekt 3	18.03.15	Turnuslege	S + Al	66 min
Intervjuobjekt 4	24.03.15	Turnuslege	S	40 min
Intervjuobjekt 5	25.03.15	Turnuslege	S	42 min
Intervjuobjekt 6	14.03.15	Turnuslege	S	59 min
Intervjuobjekt 7	11.03.15	Allmennlege	0-5 år	42 min
Intervjuobjekt 8	12.03.15	Allmennlege	0-5 år	35 min
Intervjuobjekt 9	16.03.15	Allmennlege	11-15 år	54 min
Intervjuobjekt 10	16.03.15	Allmennlege	21-25 år	50 min
Intervjuobjekt 11	26.03.15	Allmennlege	6-10 år	50 min
Intervjuobjekt 12	15.04.15	Allmennlege	21-25 år	50 min

Tabell 1: Oversikt over dybdeintervjuer.

En annen utfordring ved dybdeintervjuer er hvor møtene skal foregå, da det er viktig at omgivelsene er komfortable og trygge for respondenten (Halvorsen, 2003). Alle intervjuer ble avholdt ved personlige møter der intervjuobjektene ønsket. Steder som ble benyttet var alt fra kafeer og praksisplass til privathjemmet. Selv om det var en utfordring å nå kandidatene og mye måtte organiseres via kontaktnettverket som medisinstudent, ble det et variert utvalg med tanke på kjønn, antall år i praksis, antall måneder i turnustjeneste, og yrkeserfaring.

3.4 Behandling av kvalitative primærdata

3.4.1 Registrering og bearbeiding av data

Ved personlige dybdeintervjuer vil respondenten besvare spørsmålene både muntlig og i form av et kroppsspråk som kan observeres (Johannessen et al., 2006). Intervjuene ble dokumentert ved bruk av en båndopptaker og de ble transkribert samme dag, som innebærer at de ble konvertert fra muntlig tale til en skriftlig tekst for analyseformål (Johannessen et al., 2006). Datasettet ble systematisert og kategorisert for å lette arbeidet mot den videre analysen.

3.4.2 Evaluering av den kvalitative metodikken

Ved evaluering av empiri er det rettet mye oppmerksomhet mot validiteten og reliabiliteten til et datasett. Validitet kan gjengis med gyldighet og relevans, der utfordringen er å innhente data som er relevante for problemstillingen (Halvorsen, 2003). Påliteligheten til målingene beskriver reliabiliteten til empirien, der høy reliabilitet tilsier at uavhengige målinger gir tilnærmet identiske resultater og små målefeil. Systematiske målefeil svekker validiteten (Ringdal, 2001). Tilfredsstillende validitet og reliabilitet må være oppfylt for at empirien skal kunne belyse en vitenskapelig problemstilling, der høy reliabilitet er en forutsetning for høy validitet (Halvorsen, 2003). I følge Guba og Lincoln (1989) er det hensiktsmessig å vurdere kvalitative data etter blant annet *pålitelighet, troverdighet og overførbarhet*.

Pålitelighet (reliabilitet)

Påliteligheten relaterer seg til hvilke data som brukes, hvordan de samles inn og bearbeides (Johannessen et al., 2006). Samtalen er utgangspunktet for innsamlingen av data, og dermed er det vanskelig for andre forskere å sette seg inn i fortolkningsprosessen. Påliteligheten kan styrkes ved å beskrive prosessen i detalj og sette leseren inn i studiens kontekst, noe som er ivarett (Johannessen et al., 2006). I forbindelse med kvalitativ forskning må relasjonen til intervjuobjektene vurderes. Det var delvis nødvendig å spille på forespørsler via eget nettverk, og disse respondentene kan i hovedsak klassifiseres som mer eller mindre ukjente og tilfeldige. Det faktum at mange av slo en forespørsel kan sette spørsmålstegn ved om det foreligger en skjevhet, der de som deltok ikke har noe å skjule. Dette vitner også om at tematikken er noe man helst ikke vil uttale seg så mye om. De som deltok i intervjuene kan derfor ha vært noe tilbakeholdne i sine svar og følt seg ukomfortable, men respondentene ga gode, frittalende svar og var motiverte hele veien. Som nevnt ville ytterligere intervjuer med allmennleger trolig tilført informasjonsverdi, så det relativt lite og mulig skjeve utvalget utfordrer graden av reliabilitet. Totalt sett var det hele en god opplevelse med høy kvalitet på svarene, og personlig mener jeg at empirien innehar en tilfredsstillende grad av reliabilitet.

Troverdighet (begrepsvaliditet)

Kvalitative data kan ikke kvantifiseres, og dermed er det vanskelig å måle validiteten (Pervin, 1984). For slike studier dreier dette seg mer om i hvilken grad funnene i studien på en riktig måte representerer virkeligheten og formålet som er oppstilt i problemstillingen – altså deres begrepsvaliditet eller troverdighet. Guba og Lincoln (1985) påpeker at *vedvarende observasjon* og *metodetriangulering* øker sannsynligheten for troverdige resultater. Førstnevnte innebærer å kjenne til konteksten og faktorer som har implikasjoner på fenomenet som skal studeres (Johannessen et al., 2006). I forkant ble det investert mye tid i tilegnelse av kunnskap om konteksten via leger, foredrag, artikler og media. Metodetriangulering er tilfredsstilt gjennom en kvantitativ survey og supplerende statistikk fra Reseptregisteret. Metodetrianguleringen styrker troverdigheten til eventuelle funn og resultater, og metodene utfyller hverandre og gir viktige innsikter til studien. Både den vedvarende observasjonen og metodetrianguleringen styrker studiens troverdighet.

Overførbarhet (ekstern validitet)

Empirien systematiseres og analyseres med det formål at det skal konstrueres et forenklet og prinsipielt bilde på virkeligheten og fenomenet som studeres (Johannessen et al., 2006). For kvalitativ metode er det en overføring av kunnskap ved at resultatene som fremgår i begreper, beskrivelser, fortolkninger og forklaringer er nyttige i andre sammenhenger (Johannessen et al., 2006). Spørsmålene ville vært like aktuelle for andre leger i Norge, men inndelingen i regionale helseforetak gjør at det kan være noe ulik praksis. Legeyrket er ett av få yrker der det kan sies at dyktighet og faglig tyngde følger ansienniteten, da erfaring er en uvurderlig kilde til å fatte de riktige beslutningene. Dermed kan ikke drøftelser og resultater uten videre overføres til leger generelt, siden turnuslegene utgjør en stor del av empirien. Likevel vil det være en form for overføringsverdi, siden prinsippene i beslutningsprosessen vedrørende medikamentell behandling er de samme, og siden turnuslegers praksis og erfaring ofte gjenspeiler hva de har lært av veiledere og overleger med mange års erfaring.

3.5 Kvantitativ spørreundersøkelse

En survey ble gjennomført for å innhente data med samme tematikk som i intervjuene, men i et mindre og mer konkret omfang. En spørreundersøkelse gir ikke nødvendigvis et mer riktig bilde på virkeligheten enn intervjuene, og siden antall spørsmål og informasjon må begrenses for å belyse fenomener, kreves det refleksjon over hva som skal tas med og utelates (Johannessen et al., 2006). En prekodet survey (oppgitte svaralternativer) ble gjort parallelt med intervjuene, noe som var gjennomførbart grunnet en del forkunnskaper og egenerfaring.

3.5.1 Utarbeidelse av spørreundersøkelse

NHH tilbyr studentene å benytte seg av en avtale de har med Qualtrics (www.qualtrics.com), som tilbyr verktøy til å lage nettbaserte spørreundersøkelser for datainnsamling (nhh.no).

Tjenesten var brukervennlig og ga tilgang til å prøve seg frem med layout, oppsett for spørsmål og svaralternativer, pre-testing for PC og smarttelefon, og den ga god oversikt over resultater og mulighet for krysstabulering ved analyse. Verktøyet var egnet til å konstruere et profesjonelt og oversiktlig spørreskjema med ett spørsmål per side som det var enkelt å følge. Innstillinger forhindret respondenten i å komme seg videre uten å ha avgitt svar og å krysse av for flere alternativer per spørsmål der det ikke var meningen.

Et spørreskjema er en enveiskommunikasjon hvor respondenter besvarer spørsmålene, og ved utformingen er det viktig at surveyen er selvinstruerende og enkel å forstå (Johannessen et al., 2006). Innledningsvis ble det presentert en tekst som beskrev formålet med undersøkelsen, hensynet til anonymitet og en definisjon av "kollegaer" (se def. kap 5). Det var hele veien fokus på å stille konkrete og relevante spørsmål med svaralternativer som gjenspeiler problemstillingen for å lette etterarbeidet med koding og analyse av data (Halvorsen, 2003). Rekkefølgen på tematikken fulgte intervjuene, både grunnet en naturlig og logisk oppbygging, en gradvis opparbeidelse av tillit, og for å forhindre at enkelte spørsmål kunne infiltrere senere spørsmål. De spørsmålene som ble ansett som mest utfordrende i forhold til moral og etikk, som hensynet til pris og relasjoner til industrien, kom mot slutten for at størst mulig tillit skulle gi ærlige svar. Spørsmål som skulle kobles opp til hverandre i analysen ble skilt i surveyen for å unngå infiltrasjon av svarene. Eksempelvis ble spørsmål vedrørende konkrete valg skilt fra delen med eksponering for produsenter.

Lukkede spørsmål med svaralternativer gjør at respondentene kan få oppklart uklarheter og gjenkjenne hva det siktes til (Halvorsen, 2003). Ulempen med denne utformingen er at den fra før av mindre fleksible datainnsamlingen blir ytterligere innsnevret, og gir ikke rom for å fange opp informasjon utover det oppgitte (Johannessen et al., 2006). Dette er midlertidig av mindre betydning grunnet metodetrianguleringen. Spørsmålene som ble stilt omhandlet handlinger, meninger og vurderinger av egne opplevelser i legepraksisen. Det var fokusert på at spørsmålene skulle ha en presis, entydig og lite ledende ordlyd, og at svaralternativene skulle være uttømmende og nyanserte med bruk av skalaer i noen tilfeller. Bruk av skalaer er fordelaktig ved at de gir rom for svar i form av nyanserte oppfatninger. En oppbygging med (u)enig og delvis (u)enig samt en nyansering av eksponeringsgrad ble brukt i surveyen.

For å motivere til deltakelse og sikre en høy svarprosent er det hensiktsmessig å tilstrebe færrest mulig, men et tilstrekkelig antall spørsmål. Dette letter også etterarbeidet med systematisering, analyse og funn (Johannessen et al., 2006). Surveyen endte på 13 spørsmål, der tidsbruken var i underkant av fem minutter ved ekstern pre-testing blant medisinstudenter. Nederst i vinduet ble det oppstilt en søyle som viste andel fullført for å motivere til gjennomføring. Ofte er det lettere å svare ærlig på spørsmål som omhandler en gruppe mennesker fremfor seg selv. Projeksjon beskrives som en forsvarsmekanisme, og en projektiv teknikk ble benyttet for å avsløre meninger som ellers ville vært skjult (Wade & Tavis, 2000). Først ble respondentene bedt om å besvare hva de trodde var av betydning for legers valg, og i neste spørsmål hva de mente var av betydning for *eget* valg ved forskrivelse av resepter. En annen kjent sak er at respondentene velger de første svaralternativene som listes opp, og for å unngå skjevheter ble det derfor innstilt for en randomisering.

Målgruppen i turnusleger har trolig ikke opparbeidet egenerfaring i relasjon med samtlige spørsmål. Det forutsettes likevel at respondentene innehar kunnskaper som gjør det mulig å besvare spørsmålene. I følge Johannessen et al. (2006) er det viktig å knytte et spørsmål til praktiske handlinger dersom man er interessert i hva respondentene gjør, og ved anledninger ble det oppgitt en innledende, praktisk setting med uttømmende informasjon om pasienten. Grunnet en surveys lite fleksibilitet etter utsending ble det foretatt en pretest. På bakgrunn av formålet med undersøkelsen og sitt innhold med en del medisinspråk, ble den diskutert og testet av medstudenter og leger. Spørsmålene i surveyen med resultater finnes i appendiks.

3.5.2 Rekruttering av respondenter

Målet for rekrutteringen av respondenter var å eksponere flest mulig i den gitte kategorien ”turnusleger” med linken til surveyen, gitt den tilgjengelige tiden. Det var viktig å inneha en visshet om at den rette målgruppen ble eksponert for den elektroniske utsendingen for å forhindre målefeil. Utvalget var tilfeldig og kan karakteriseres som et sannsynlighetsutvalg, der anslagsvis 855 ble eksponert i lukkede forum beregnet for turnusleger. Som tidligere nevnt er leger en lukket yrkesgruppe som det er vanskelig å få distribuert en undersøkelse til, og enda mer krevende er det å oppnå betydelig respons. Det eksisterer ingen lett tilgjengelige lister med e-postadresser eller forum der man når ut til alle. En forutsetning for å rekruttere respondenter var en tydelig formidling om at undersøkelsen er anonym, ikke kan knyttes til respondenten og at jeg er eneste databehandler. For å bekrefte dette i handling var det hensiktsmessig å gjøre linken tilgjengelig i forum der turnuslegene var medlemmer med en

oppfordring til å delta, uten noen form for tilknytning gjennom e-postadresser. Fordelen med dette var at det skulle virke lite skremmende og motiverende for deltakelse, men ulempen er den at det ikke er mulig å purre på de som ikke responderer (Johannessen et al., 2006).

Målgruppen for undersøkelsen var leger som nylig har startet, befinner seg i eller nettopp har avsluttet sin turnustjeneste. For å konkretisere søket etter respondenter var det primært medisinstudenter som startet studiene i årene 2007 og 2008 som ble ettersøkt, siden disse med størst sannsynlighet tilhørte målgruppen. Noen har kanskje utsatt turnustjenesten grunnet forskning, permisjon i forbindelse med svangerskap, manglende tilbud om turnusplass siden dette nå er søknadsbasert, eller andre årsaker. Disse utgjør etter all sannsynlighet en liten andel, og dessuten innehar medisinstudenter legelisens etter fullførte fire og et halvt år, noe som i prinsippet gjør at de allerede ved denne tiden er egnet til å besvare surveyen. Oppstart av turnustjeneste foregår to ganger i året, henholdsvis mars og september. Jeg tok personlig kontakt med personer som befant seg i turnustjeneste og forespurte om de kunne poste en link med tilhørende tekst i en Facebook-gruppe eller lignende med gamle medkullinger. I Norge tilbys medisinstudiet ved universitetene i Oslo, Bergen, Trondheim og Tromsø, og nordmenn studerer også medisin i utlandet. Det er vanskelig å få en oversikt over nordmenn ved de utenlandske institusjoner, og i denne studien ble to bekjente med utdannelse fra Polen og Ungarn kontaktet, og de postet linken i grupper for norske medkullinger. Noen postet også linken i forum for turnusleger ved bestemte sykehus.

Det ble etterspurt antall medlemmer i de ulike foraene for å holde en oversikt over hvor mange som hadde tilgang til linken. Totalt sett ble 855 personer eksponert for surveyen i ulike forum med medlemmer som har studert i Oslo, Bergen, Trondheim, Tromsø, Budapest og Krakow. Det var ikke mulig å finne inngangsporter til kullene som startet i 2007 i Tromsø og Oslo, og det ble ikke utført puring, da dette var vanskelig å kreve. Undersøkelsen ble distribuert forløpende i løpet av første halvdel av mars måned, og var åpen til og med 1. april, noe som ble formidlet i den tilhørende teksten. Noen grupper ble dermed eksponert for linken lengre enn andre, men dette hadde ingen nevneverdig betydning, da en dagsoversikt over aktivitetsnivået viste en tydelig oppsving rett etter posting for så å dabbe ut. Når 1. april nærmet seg var det ikke lenger noen aktivitet. Totalt var det 139 respondenter som startet surveyen, og 100 stykker som fullførte hele. Svarprosenten ut i fra andel fullførte besvarelser i forhold til eksponering ble derfor 11,7%, noe som er veldig lavt.

3.6 Behandling av kvantitative primærdata

3.6.1 Registrering og bearbeiding av data

Registrering av kvantitative data skjedde elektronisk i Qualtrics, og det er naturlig å anta at legene deltok kun én gang selv om det ikke forelå kontroll med dette. Bortfallet av respondenter underveis kan skyldes en tretthetseffekt, mangel på tid, eller at de ikke ønsket å besvare spørsmålene. Respondentene ble klassifisert, der formålet var å forenkle en uoversiktlig virkelighet og finne fellesskap mellom fenomener ved hjelp av krysstabuleringer (Hellevik, 2002). Dette blir omtalt i analysedelen.

3.6.2 Evaluering av kvantitative primærdata

Med en svarprosent på 11,7% ligger det et betydelig bortfall. Dette kan gi opphav til en feilkilde som det er nødvendig å være oppmerksom på, siden det kan gjøre generalisering fra utvalg til populasjon vanskelig (Johannessen et al., 2006). Distribueringen av surveyen er lite personlig rettet, og inngangsportene blant medlemsmassen var et forsøk på å oppnå villighet til å bidra. Siden det ikke forelå noen overvåkningsmulighet i forhold til responsen, er det mulig denne effekten i stor grad ble undergravd. En annen årsak kan være at en travel arbeidsdag og manglende purring gjorde at surveyen ble glemt, at orienteringsteksten ikke var motiverende eller det kan gjenspeile den generelle tendensen om at responsen i surveyer har vært fallende de seneste år. Jo mer bortfall, desto mer usikkerhet er det knyttet til generalisering av data (Johannessen et al., 2006).

Informasjonen om fordelingen av respondentene baseres på hvor de har praktisert, der turnusleger som både har praktisert på sykehus og i distrikt har kommet lengst i turnustjenesten. Blant de 100 som fullførte surveyen er det en overrepresentasjon på 76% av respondentene som kun har vært i sykehus. Som nevnt var det ikke mulig å nå ut til to kull fra år 2007, og denne andelen representerer turnusleger som trolig er i distrikt eller akkurat har fullført sin tjenestetid nå. I tillegg var tre av forane med turnusleger tilknyttet bestemte sykehus, så det foreligger en seleksjonsbias for utvalget. Størrelsen på utvalget påvirker påliteligheten til en generalisering. 100 fullførte besvarelser tilsier at enhetene trolig fordeler seg i noen grad som i populasjonen på sentrale variabler, men det vil garantert være en form for utvalgsfeil. Det faktum at det vil være flest som kun har praktisert i sykehus grunnet at 2/3 av tjenestetiden gjøres her indikerer at avviket ikke er så stort i forhold til virkeligheten. Resultatene fra undersøkelsen vil ha begrenset verdi grunnet et lavt antall respondenter med nettoutvalg på 11,7%, men det gir verdi til studien gjennom metodetrianguleringen.

Validitet

Den ytre validiteten beskriver hvor relevante data er i forhold til generalisering av resultatene fra utvalg til populasjon. Som nevnt ovenfor foreligger det en andel seleksjonsbias og utvalget er for lite til å trekke bastante konklusjoner (Johannessen et al., 2006). Det store bortfallet er en trussel mot den ytre validiteten av surveyen, men et utvalg med 100 fullførte besvarelser sett i sammenheng med de kvalitative resultatene og statistikken fra Reseptregisteret innehar en akseptabel ytre validitet som kan gi verdifulle innsikter. Når det gjelder overførsel i rom begrenses surveyen til den norske konteksten, siden helsevesenet og omstendigheter rundt legepraksisen er ulik fra land til land. Det var lettere å få distribuert surveyen til målgruppen med opphav fra UiB av naturlige grunner, så dette kan ha medført en større deltakelse fra denne gruppen. Dette er imidlertid uvisst og gir trolig ingen skjevheter. Overføringsverdien er bedre i forhold til tidsaspektet, siden prinsippene bak diagnostisering og behandling av pasienter har vært de samme i en årrekke. Dagens regelverk og aktuelle situasjon i forhold til patentperioder og tilgjengelige medikamenter vil dog gjøre studiens overførbarhet høyest nå. Studiens omfang gjorde det ikke mulig å gjennomføre en oppfølgingsundersøkelse.

Den indre validiteten (begrepsvaliditet) er knyttet til om det man tror man måler *faktisk* blir målt i kvantitative undersøkelser. Dette er mer et målingsfenomen, der høy begrepsvaliditet tilsier at det er overensstemmelse mellom fenomen som skal undersøkes og selve målingen (Johannessen et al., 2006). Faktorene i bakgrunnen som medisinstudent, samtaler med spesialister og leger, samt en omfattende informasjonssøking gjør at eksemplene er håndplukket for å belyse problematikken rundt valg av relativt medisinsk likestilte preparater samt markedsføring av legemidler. Oppgitte svaralternativer bidrar til å underbygge hva det spørres etter, og for leger er spørsmålene veldig konkrete og forståelige. Det kan foreligge en bias i forhold til tolkningen av ”pris”, der den intenderte meningen omfatter pengeverdi, men hvor respondentene også kan relatere den til brukervennlighet, belastning, og til og med rekvirerte lab-tester og undersøkelser. En elektronisk survey gjør det videre lett å klikke seg inn på nettbaserte søkemotorer for å gjøre oppslag. Spørsmålene er stort sett ute etter personlige meninger og omhandler relativt vanlige situasjoner, så dette utgjør trolig ingen trussel av betydning for den interne validiteten. Hovedvekten av funnene i analysen er tilknyttet intervjuene, og surveyens ytre og indre validitet innehar et tilfredsstillende nivå til å gi verdifulle innsikter gjennom metodetrianguleringen.

Reliabilitet

Reliabiliteten er kritisk i kvantitativ metode, og dette innebærer hvilke data som brukes, måten de samles inn på og hvordan de bearbeides. Dette kan testes ved å gjenta undersøkelsen på samme gruppe ved ulike tidspunkt (test-retest), eller ved at flere forskere undersøker samme fenomen (Johannessen et al., 2006). Det var ikke tid til å foreta en retest, og det er ingen kjennskap til lignende studier. Hensikten med surveyen er å avdekke hva som er av betydning for valget av medikamentell behandling, både ved å spørre leger direkte og ved å knytte dette opp mot det de faktisk velger i de konkrete pasientsituasjonene. Dialoger med leger som kunne bekrefte om spørsmål var uttømmende og belyste det ønskelige, må kunne sies å gi en høy reliabilitet til empirien. Distansen og nøytraliteten som kjennetegner surveyen tilsier at det er lettere å svare ærlig sett i forhold til intervjuene, der det personlige møtet kan virke skremmende for anonymiteten. Kun data fra respondenter som fullførte hele surveyen ble brukt til analyseformål. Programvaren i Qualtrics presenterte resultatene korrekt, og hadde gode verktøy for krysstabulering og utforming av rapporter til analyseformål. Dette taler for høy reliabilitet. Tilgjengeliggjøringen av linken i forum for turnusleger svekker reliabiliteten ved at det ga lite kontroll med antall gjennomføringer per lege. Lite tilsier som nevnt at de skulle ønske å spolere, så totalt sett anses reliabiliteten som tilstrekkelig høy.

3.7 Kvantitative sekundærdata fra Reseptregisteret

Statistikk fra Reseptregisteret inngår som et supplement i tolkningen av resultatene fra de tre eksplisitte medikament-spørsmålene i intervjuene og surveyen. Reseptregisteret er en offentlig database med en komplett oversikt over alle reseptpliktige legemidler som er utlevert fra apoteker i Norge (fhi.no). Dataene er registrert elektronisk og profesjonelt utarbeidet, og både reliabiliteten og representativiteten er høy. Erfaringsmessig vil nye medikamenter bruke et par år på å innta markedet før de oppnår vekst, så statistikken vil trolig ikke være like representativ for preparatene som kun er markedsført i de siste to år.

3.8 Etske perspektiver

Dataene ble *anonymisert* og behandlet *konfidensielt*. Anonymisering innebærer at det ikke er mulig å koble enkeltpersoner opp mot opplysningene, og konfidensialitet innebærer at private data som kan identifisere deltakerne ikke avsløres (Kvale & Brinkmann, 2009). I transkriberingen av intervjuene ble alle opplysninger som kunne være personidentifiserende fjernet, og i oppgaven omtales respondentene som ”intervjuobjekter”. Verken intervjuene eller surveyen inkluderte personopplysninger, og studien var dermed ikke meldepliktig jamfør personvernet Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste (NSD) sine retningslinjer (nsd.no).

4. Kontekst

4.1 Helsenorge

Det offentlige har ansvaret for helsetjenester til befolkningen i Norge, og primær- og sekundærhelsetjenesten omfatter henholdsvis fastleger og sykehus (regjeringen.no, b).

Innenfor primærhelsetjenesten er det allmenn- og turnusleger i distriktspraksis i Hordaland som er relevante for studien. Her foregår alt fra undersøkelser, diagnostisering og forskrivelse av resepter til kommunikasjon med omsorgstjenester, videre henvisning og oppfølging.

Fastlegekontorer fungerer som et tilholdssted for nødvendig legehjelp i fastlegeordningen, samt en portvakt og koordinator av helsetjenester på førstelinjenivå for videre behandling i spesialisthelsetjenesten (fastlegen.no, a). Turnusleger utfører 12 måneders turnustjeneste i spesialisthelsetjenesten og deretter 6 måneder i allmennpraksis, der de hele veien fungerer som fullverdige leger. Hver turnuslege har en erfaren veileder for rådgøring der de praktiserer.

Fastleger avgjør selv hvilke former for behandling og undersøkelser som skal tilbys ved praksisplassen, hva som skal henvises til spesialister og hvor mange plasser som oppstilles på legelisten. Fastleger opererer som selvstendig næringsdrivende og lønnen er tredelt mellom refusjon av utførte undersøkelser, et fast tilskudd per pasient på listen per år og pasienters egenandeler for legetjenester (fastlegen.no, b). Når en lege beslutter at et problem skal behandles medikamentelt, må en rekke sjekkpunkter overveies. Preparatet bør være velprøvd, det må gis rett dosering og oppfølging, eventuelle interaksjoner med andre preparater må kontrolleres for, og det må tas stilling til bivirkningsprofilen og compliance (Lærum, 2015). Compliance refererer til i hvilken grad pasienten følger legens råd om bruk (sml.snl.no, b).

4.2 Legemidler i Norge

Når et nytt virkestoff til et legemiddel er funnet søkes det om patent når den prekliniske fasen ender, og innvilgelse gir gjerne 20 års patent. Deretter fortsetter de kliniske studiene, og ved ferdigstilling søkes det om markedsføringstillatelse (MT) (Anonym professor). Når patentet utgår åpnes det for generisk konkurranse, og prisen reduseres i følge en trinnpris-modell (legemiddelverket.no, b). Legemidler som er bioekvivalente (lik effekt, sikkerhet og opptak i kroppen) og medisinsk likeverdige inkluderes i ordningen for medisinbytte i apotek. Preparater må bli godkjent for indikasjoner gjennom en kostbar og tidkrevende prosess for å bli anbefalt (tidsskriftet.no). De tre nye antikoagulantia (NOAK) som inngår i studien har gjennomgått en slik prosess, der samtlige nå innehar godkjent indikasjon for de to ofte sammenhengende diagnosene i dyp venetrombose (DVT) og lungeemboli (LE) (vedlegg 1).

4.3 Reseptpliktig medikamentell behandling

En resept er en bestilling av et reseptpliktig legemiddel til en bestemt person, og disse kan kun forskrives av personer som har lov til dette gjennom sin lisens, såkalte rekvirenter (apotek1.no). Legelisensen gir leger lov til å forskrive resepter på medikamentell behandling, som uthentes fra sykehusapoteket ved behandling i sykehus eller av pasienten selv ved et valgfritt apotek.

4.3.1 Blå resept

Blåreseptordningen omfatter en finansiering som består av egenandeler fra pasienten og refusjon fra Helseøkonomiforvaltningen (HELFO). Blåreseptforskriften om stønad til dekning av utgifter til blant annet viktige legemidler gir opplysninger om hvilke refusjonsområder som inkluderes i ordningen og fastsatte makssatser for egenandeler (helfo.no). Livsviktige legemidler og sykdom som setter krav til langvarig behandling kan forskrives på blå resept, og pasientens egenandel per uthenting tilsvarende tre måneders forbruk utgjør maksimalt 520 kroner i 2015 (helfo.no). Enkelte grupper som barn under 16 år har fritak for denne egenandelen. Dersom privatpersoner har utgifter til godkjente egenandeler som overgår et egenandelstak fastsatt av Stortinget i løpet av et kalenderår, får personen et frikort i det aktuelle året, som innebærer at folketrygden dekker ytterligere utgifter av samme typen (lovdata.no, a). Egenandelstaket for frikort i 2015 er 2185 kroner (helfo.no).

På HELFO sine nettsider eksisterer det oppdaterte produkt- og prislister for blåreseptordningen, og preparatene som inngår her samsvarer med de retningslinjer og anbefalte førstevalg som blir gitt av Statens Legemiddelverk. På denne måten fungerer blåreseptordningen som en slags veileder for hvilken medikamentell behandling som bør gis ved gitte indikasjoner. Samtidig legger den også føringer på og gir insentiver til å forskrive det som foretrekkes økonomisk for statens og pasientens del. Antikoagulantia til behandling av DVT og LE, samt astma- og kolsinhalatorene som omtales, inngår i blåreseptordningen.

4.3.2 Hvit resept

Legemidler på hvit resept betales i hovedsak av brukeren selv, og her inkluderes et vidt spekter av preparater som brukes for en kortere periode, blant annet vanedannende, forebyggende og smertestillende legemidler. Hormonell antikonsepsjon (p-resepter) inngår i denne kategorien, og hvert kvartal dekkes p-resepter til kvinner fra og med måneden etter fylte 16 år til måneden før fylte 20 år med 106 kroner (apotek1.no).

4.4 De tre aktuelle medikamentgruppene

Både i dybdeintervjuene og surveyen blir det stilt tre konkrete spørsmål om valg av medikamentell behandling, der indikasjoner og settingen er gitt. I dybdeintervjuene blir det ikke foreslått noen alternativer, men i surveyen er det oppstilt konkrete forslag.

4.4.1 Peroral antikoagulantia (blodfortynnende i pilleform)

Pasienter med diagnosene DVT og LE er ofte akuttpasienter ved sykehus eller legevakt, og behandlingen har i mange år vært det blodfortynnende preparatet Marevan (virkestoff Warfarin) i tre til seks måneder. Doseringen av Marevan er svært vanskelig å innstille og kan variere fra uke til uke. INR-kontroller (blodprøver som måler blodets ”tykkelse”) hos fastlegen og en kortsiktig dosering må derfor gjennomføres etter behov. Ved oppstart har dette et omfang på én til tre ganger i uken, mens det på sikt er lengre intervaller. Hensikten er å kontrollere at blodverdiene er innenfor det terapeutiske området med tanke på blødnings- og ny tromboserisiko. INR-kontroller medfører inntekter og tett oppfølging av pasienten fra fastlegens side, mens pasienten kan føle dette som en trygghet eller et irritasjonsmoment i hverdagen. Det er generelt knyttet en stor risiko til bruk av antikoagulantia (vedlegg 2).

Marevan er fortsatt det mest brukte perorale antikoagulasjonsmiddelet, og i 2014 ble det benyttet av i underkant av 78 000 individer i Norge (vedlegg 3). Den gjennomsnittlige døgndosen av Marevan varierer fra person til person på bakgrunn av alt fra genetik til kosthold. En ukedose på 2,5 mg piller vil normalt ligge på alt fra 14 til 28 piller, og ved å beregne ut i fra et gjennomsnitt på 21 piller, som tilsvarer 3 piller per dag, vil en døgndose koste 4,05 kr (1,35 kr x 3) (felleskatalogen.no, a). Det eksisterer nå tre nye medikamenter som har indikasjon for DVT og LE (vedlegg 1) og dermed er et egnet alternativ til det mye omstridte preparatet Marevan. De nye antikoagulantia omtales som NOAKer (nye orale antikoagulantia), og disse er patentbeskyttet og omfattes av blåreseptordningen. Fellestrekk for NOAKene er lengden på behandlingstiden, de bør tas omtrent til samme tid hver dag, de har ingen kjente interaksjoner med mat og alkohol, de har samme interaksjoner i forhold til andre medikamenter, lik blødningsrisiko og det foreligger ingen antidot (”motgift”). De tre preparatene er med andre ord veldig like, og bivirkningsprofilen er enda lite kjent. Under følger en nærmere omtale av de tre NOAKene.

4.4.1.1 Xarelto (rivaroxaban) 20 mg

Bayer Pharma AG mottok MT i september 2008 og preparatet ble markedsført i desember samme år. Den maksimale utsalgsprisen for en pakning på 100x1 endose piller på 20 mg er

satt til 2327,50 kroner (legemiddelverket.no, c). Doseringen omfatter inntak av to piller på 15 mg per dag de tre første ukene, og deretter én pille på 20 mg per dag i resterende behandlingstid, og døgndosen vil dermed ha en pris på 23,28 kroner (vedlegg 1).

4.4.1.2 Pradaxa (dabigatran) 110 mg

Produsenten Boehringer Ingelheim fikk innvilget MT for preparatet Pradaxa i mars 2008 og introduserte det på markedet i juli samme år. I 2011 kom pillene på 150 mg som er dagens anbefalte dosering gitt normal nyrefunksjon. Prisen på en pakke med 60 kapsler er 753,50 kroner, som tilsvarer en pris på omtrent 25,12 kroner per døgndose, siden preparatet må inntas to ganger daglig (vedlegg 1) (legemiddelverket.no, d). Farma Holding Gruppens datterselskap Farmagon AS er et selskap som tilbyr leieproduksjon av farmasøytiske legemidler til nordiske helseinstitusjoner, og de produserer og selger Pradaxa til samme pris (farmaholding.no).

4.4.1.3 Eliquis (apixaban) 5 mg

I mai 2011 ble det innvilget MT for Eliquis, men produsenten Pfizer/Bristol-Myers Squibb introduserte ikke preparatet på det norske markedet før februar 2013 (legemiddelverket.no, e). Behandlingen starter med 10 mg to ganger daglig i én uke, og deretter 5 mg to ganger daglig i den resterende behandlingstiden (vedlegg 1). Prisen på 100 piller med innhold 5 mg er 1177,60 kr, noe som tilsvarer at en døgndose koster 23,55 kroner (felleskatalogen.no, b).

4.4.2 Hormonell prevensjon i pilleform (peroral hormonell antikonsepsjon)

Hormonell antikonsepsjon (prevensjon) i pilleform fås på hvit resept, og i tillegg til legen kan helsesøstre på helsestasjoner og jordmødre med autorisasjon rekvirere dette. Jenter mellom 16 og 20 år får dekket opptil 100 kroner av utgifter til preparater som p-piller og minipiller for hvert kvartal. Størrelsen på pakningene er enten tre eller seks måneders forbruk, der 28 dager tilsvarer ett månedsforbruk (ung.no). Det tas én pille per dag, og pakker med pillebrett på 21 piller legger opp til at brukeren må ta et syvdagers opphold før nytt brett oppstartes, mens andre varianter har 28 piller per brett, der 7 av pillene er "sukkerpiller" til kontrollformål for oppholdsdagene. Noen foretrekker pillebrett på 28 stk, men de syv ekstra pillene utgjør ikke en konsekvent prismessig forskjell i forhold til de med 21 stk (legemiddelhandboka.no).

P-piller, som også omtales som kombinasjonspiller, er det mest brukte hormonelle prevensjonsmiddelet i Norge. Tilnavnet "kombinasjon" kommer av at pillene inneholder en kombinasjon av hormonene østrogen og progesteron (levonorgestrel), der det primært er østroget som gir opphav til den økte risikoen for blodpropp (legemiddelverket.no, f). Det finnes mange utgaver av disse pillene, der noen er like og kvalifiserer til medisinbytte i

apotek, mens andre er litt ulike i mengden av hormoninnhold. De store produsentene har tilbudt p-piller i titalls år, så det foreligger ingen aktuelle patentperioder. Basert på sikkerhet, bivirkningsprofil og et totalt bilde uttaler Legemiddelverket seg om anbefalte førstevalg (tabell 2), og i tillegg eksisterer det en rekke flere varianter av p-piller og andre former for hormonell prevensjon som eksempelvis p-stav og p-sprøyte (legemiddelverket.no, f).

Minipiller (gestagenpiller) er en hormonell prevensjon som ligner p-piller, men som kun inneholder hormonet gestagen. Dette gir dermed ingen økt risiko for blodpropp, men pillen må tas til et fast tidspunkt hver dag for å ha optimal preventiv effekt. Andre bivirkninger som mellomblødninger er vanlig, i tillegg til at det ikke er mulig å utsette menstruasjonen etter behov (nhi.no). Pfizers preparat Conludag var i flere tiår den eneste minipillen på markedet, og denne har en betydelig redusert preventiv sikkerhet grunnet sitt smale, daglige tidsvindu for inntak. I 2004 lanserte produsenten Organon gestagenpillen, Cerazette, på det norske markedet, som har et tilsvarende vindu på seks timer. Dette er et sikrere preparat enn Conludag, og i prinsippet er den like sikker som en p-pille ved korrekt bruk. Patentperioden opphørte i desember 2012, og prisen reduseres nå etter trinnpris (legemiddelverket.no, g).

Produktnavn	Produsent	Kvartalspris	Pillebrett	Pluss	Minus
Microgynon	Bayer Pharma og Orifarm (generika)	90,40	3 x 21	- Høy sikkerhet - Mulighet for å utsette mensesen	- Moderat risiko for blodpropp (0,7 promille)
Oralcon*	CampusPharma	****	****	****	****
Loette	Pfizer	226,90	3 x 28	**** - Kan behandle acne	****
Yasmin**	Bayer Pharma	242,90/ 249,30	3 x 21/ 3 x 28	****	- Økt risiko for blodpropp (1,2 promille)
Cerazette	Organon	117,60 (trinnpris)	3 x 28 stk	- Ingen risiko for blodpropp - Mindre hormoner	- Mellomblødninger - Må tas presist - Kan ikke utsette mensesen

Tabell 2: Utvalg av anbefalt hormonell prevensjon i pilleform (legemiddelverket.no, f).

* Oralcon står oppført som et eget førstevalg, men er byttbart med Microgynon (legemiddelverket.no, h).

** Yasmin inngår ikke som et anbefalt førstevalg.

4.4.3 Inhalasjonspreparater

Pasienter med langtkommen KOLS eller alvorlig astma har ofte behov for inhalasjonspreparater. Seretide Diskus med produsentinneholder Glaxo Smith Kline (GSK) er en mye brukt inhalator som fikk MT i mai 1999, og patentperioden varte frem til 2014

(legemiddelverket.no, i). Airflusal Forspiro er et medisinsk likeverdig preparat produsert av Sandoz som fikk MT i februar 2014 etter generisk søknad, og siden august samme år startet nedprisingen av virkestoffet i samsvar med trinnprismodellen (legemiddelverket.no, j).

Inhalasjonspreparater skiller seg fra andre preparater ved at det er nedlagt betydelige utviklingsressurser i inhalatoren i tillegg til medikamentet, så disse omtales gjerne som ”hybridlegemidler” (dagensmedisin.no). Det er dokumentert en betydelig feilbruk av inhalatorer som gir opphav til suboptimal behandling. Leger og andre som håndterer slike (eksempelvis apotekansatte) må derfor få opplæring og kjennskap til inhalatoren, slik at de kan gi videre opplæring til pasienten. Selv om det er konkludert med medisinsk likeverdighet, har legemiddelverket etter en lang høringsprosess besluttet at Seretide og Airflusal ikke er egnet for medisinbytte i apotek (legemiddelverket.no, k). Hovedgrunnen er nettopp at den medisinske effekten av preparater setter krav til korrekt bruk, og siden de to har noe ulik utløsningsmekanisme vil dette medføre en økt risiko for suboptimal behandling. Leger, pasienter og apotekansatte må dermed få mer kunnskap om preparatet før et eventuelt medisinbytte kan være mulig (legemiddelverket.no, k). For å bli rekvirert må produsenten derfor rette markedsføringen mot leger så de får kunnskap, opplæring og besitter en demonstrasjonsinhalator på sitt legekantor. Dette gjelder særlig nykommeren Airflusal.

4.5 Markedsføring av legemidler

I følge Legemiddeloven skal markedsføring av legemidler være nøktern og sann, og i tilhørende forskrift er det oppgitt krav til reklamens art, der den ikke skal innebære utgivelse av goder av økonomisk verdi til helsepersonell (lovdata.no, b og c). Blant leger snakkes det om en opprydning som fant sted for en ti år siden når det gjelder legemiddelindustriens ”spandable luksusferier på legers familier”. Tilstanden var den at det ble holdt en rekke konferanser med mye fritid i utlandet, og relasjonen mellom leger og industri kan betegnes som lite kontrollert. Bransjeforeningen Legemiddelindustrien (LMI) gjorde grep og endret interne retningslinjer for sine medlemsbedrifter i forhold til at markedsføringen skal skje på en åpen måte uten skjulte hensikter, møter i regi eller sponset av industrien må ha faglig oppdatering som hovedmål, og konkrete rammer for hvordan møter med mer skal foregå (Internt notat, LMI). Dette skal sikre at legene får informasjon og kunnskap om eksisterende og nye preparater. Industriens fremtreden og relasjon med helsepersonell er mer kontrollert i dag, selv om Legemiddelverkets Steinar Madsen i 2010 hevdet at leger påvirkes av industrien og at fremstøt i form av goder fortsatt forekommer, særlig blant fremtredende leger med stor påvirkningskraft (tv2.no). Professor Lars Slørdal belyste i et foredrag ved Haukeland i februar 2015 at industriens sminking av egen forskning, krav om signering av en langtids-virkende taushetsplikt ved relasjon til et selskap og tilknytning til forelesere ved universiteter kan medføre vridninger og skjulte handlinger som ikke tjener pasienten og samfunnet.

5. Empiri og analyse

I dette kapittelet vil det presenteres empiri, analyser og funn som er gjort i denne forskningen.

Det er ikke oppstilt noen eksplisitte forskningsspørsmål, men for å lette arbeidet med

sortering og kategorisering av dataene har følgende tre hovedpunkter utgjort en inndeling:

1. *Valg av medikamentell behandling*
2. *Tre eksplisitte medikament-eksempler*
3. *Legemiddelindustriens innvirkning*

Blant allmennlegene varierer antall år i praksis fra under fem til 25 år, og kun to av turnuslegene som ble intervjuet har erfaring fra allmennpraksis. Tilsvarende hadde 24 av 100 respondenter i surveyen erfaring som allmennlege. For intervjuene ble dataene kategorisert i allmenn- og turnusleger, og i surveyen ble det skilt mellom turnusleger med og uten erfaring i allmennpraksis. Siden egenerfaring og fartstid er av stor betydning for å treffe rett beslutning vedrørende diagnostikk og medikamentell behandling, vil svarene som er gitt av allmennleger vektlegges i betydelig grad. Respondentene ble oppfattet som oppriktige og ærlige i intervjuene, og dermed rettes det en stor tillitt til disse svarene. Ved analyse av resultatene fra surveyen ble det gjort enkle sammenligninger og krystabuleringer av data som kun bestod av besvarelser fra deltakere som hadde fullført hele undersøkelsen. Videre ble det gjort separate tabuleringer for respondentene som hadde vært i allmennpraksis og de resterende.

Definisjoner

Begrep	Definisjon	Inngår også i begrepet
Brukervennlighet	Lett håndterlig preparat som påfører minimale mengder belastning rent bruks-, tids- og prismessig	Antall inntak per dag, smak, oppfølgingstiltak, pris.
Compliance	Etterlevelse i forhold til legens råd	Pasienters doseringspresisjon i tid og mengde
Kjennskap	Hvorvidt man kjenner til preparatets bruksområde, bivirkninger, interaksjoner, effektivitet og utbredelse	Personlig erfaring
Retningslinjer	Føringer på hvilken behandling som skal gis ved gitte indikasjoner ved en institusjon	Metodebok, vaner ved institusjonen, veiledere
Vane	Hyppigste valg i en gitt setting med en pasient	
Pris	Prisen på preparatet, uavhengig av blå/hvit resept	
Kollegaer	Alle andre leger: turnusleger, LIS, overleger	
Forskning	Dokumentasjon i form av seriøse kilder og pålitelige hjelpemidler. Ikke produsentens forskning.	Akademiske artikler
Produsent-informasjon	Informasjon om indikasjon og bruksområde, bivirkningsprofil, interaksjoner i form av produsentskapt informasjon	Produsentens egen forskning, møter, reklame, kurs, konferanse, post
Eksponering for produsent	Møte mellom lege og produsent, enten personlig, skriftlig eller muntlig, der det er visshet om at den ene parten er lege og den andre representerer en produsent	Produsentens egen forskning, møter, reklame, kurs, konferanse, reklame
Ung kvinne, antikonsepsjon	Under 35 år uten å ha født noen barn	

Tabell 3: Definisjoner på begreper som inngår i intervjuer og survey.

5.1 Valg av medikamentell behandling

I det følgende vil det være en presentasjon av empirien, og deretter en analyse som knyttes til teori og kontekst. Spørsmål om kunnskaper tillært i medisinstudiet, informasjonsinnhenting, hensynet til pris og om de føler at de kan velge foretrukket behandling ut i fra statlige føringer er relevante for det helhetlige bildet ved legers valg av medikamentell behandling. Disse resultatene presenteres samlet for intervjuer og survey under avsnitt 5.1.1, men med enkelte presiseringer. I det resterende vil resultatene fra de to undersøkelsene presenteres hver for seg.

5.1.1 Forutsetninger for valget

Kunnskapsbakgrunn og opplevd praksis

Resultatene tilsier at kunnskapen som ble tillært i medisinstudiet opplevdes som nøytral og korrekt. Flere av intervjuobjektene uttrykker at de ikke har tatt stilling til spørsmålet før, og turnuslegene presiserer at man som student ikke har kapasitet til å avdekke eventuelle avvik. Allmennlegene med lang fartstid erklærer at prinsippene er de samme, men at mye har forandret seg på grunn av den teknologiske utviklingen, der pasienten nå har Google og legen har smarttelefoner med medisinske applikasjoner. Tre av respondentene i intervjuene presiserer også at det er altfor lite kunnskap om medikamenter i studiet. I surveyen er det generelt en betydelig grad av enighet om at medisinstudiet gir oppdatert og relevant kunnskap, og at praksisen i stor grad avhenger av retningslinjer og kollegaer.

”Praktisk medisin er en mangelvare på universitetet, og vi hørte lite om preparatomtaler. Fokuset burde vært på erfaringer fremfor evidens.” (Intervjuobjekt 8)

Informasjonsinnhenting

Turnuslegene innhenter naturligvis mer informasjon ved valg av medikamentell behandling enn allmennleger grunnet forskjellen i opparbeidet egenerfaring. Allmennleger henter i større grad informasjon via kurs og RELIS enn turnusleger, som på sin side støtter seg på metodebøker. Turnuslegene oppgir at de muligens er lite kritiske til informasjonen de blir servert, men siden de er så lavt i hierarkiet kan de ikke betvile en veletablert praksis.

”Det er jo overleger som har satt sammen metodebøker, og jeg har inntrykk av at deres generelle holdning bærer preg av sunn skepsis og bruk av det sikre. Jeg kan ikke gjøre annet enn å stole på de retningslinjene som er oppstilt.” (Intervjuobjekt 5)

Allmennlegene uttrykker at de adopterer hva som er praksis i spesialisthelsetjenesten via oppfølgingspasienter som er utskrevet fra sykehus, før de tar i bruk en ny type behandling selv. Det utøves en skepsis til produsentenes informasjon fra både allmenn- og turnusleger, og veiledere og tidsbesparende tiltak verdsettes.

”Vi må forhindre at for mye informasjon kommer fra produsenten. I mitt lokale legesamfunn har vi stiftet smågrupper på tvers av spesialiteter, og vi møtes fire ganger i året for å dele erfaringer. (...) Vi burde hatt et kurs i informasjonsinnhenting, for leger må selv velge informasjonskanal, for så å ta en beslutning!” (Intervjuobjekt 11)

Tilgjengelighet og politiske føringer

Allmenn- og turnusleger som bare har praktisert på sykehus presiserer at de svært sjelden eller aldri opplever at de ikke kan tilby foretrukket behandling, og at retningslinjene er trygge å forholde seg til. Turnuslegene med erfaring fra allmennpraksis i surveyen ga i større grad uttrykk for at de ved noen tilfeller ikke kan tilby personlig foretrukket behandling. I forhold til retningslinjer oppgis tid som en mangelvare som gjør det utfordrende å holde oversikt :

”Det burde vært tid og strukturer i en allmennleges hverdag som gjorde at de fikk innsikt i de retningslinjer som finnes. Mange, inkludert meg selv, har lest få av de, og det er ingenting som tvinger meg til oppdatere meg på dette.” (Intervjuobjekt 9)

Det henvises til at det antas at det generiske medisinbyttet i apotekleddet og statens retningslinjer ivaretar hensynet til legemiddelpolitikkens mål om rett behandling, medisinsk og økonomisk. 9 av 12 intervjuobjekter opplyser at de ikke føler noe press på at de forvalter statens penger. De fokuserer kun på hva som er pasientens beste.

”Det økonomiske skal ligge på det strukturelle planet, som blåreseptordningen, og ikke hos den enkelte lege. Jeg utfører portvaktfunksjon på en hensiktsmessig måte og driver ikke med eksperimentering av medikamentell behandling.” (Intervjuobjekt 12)

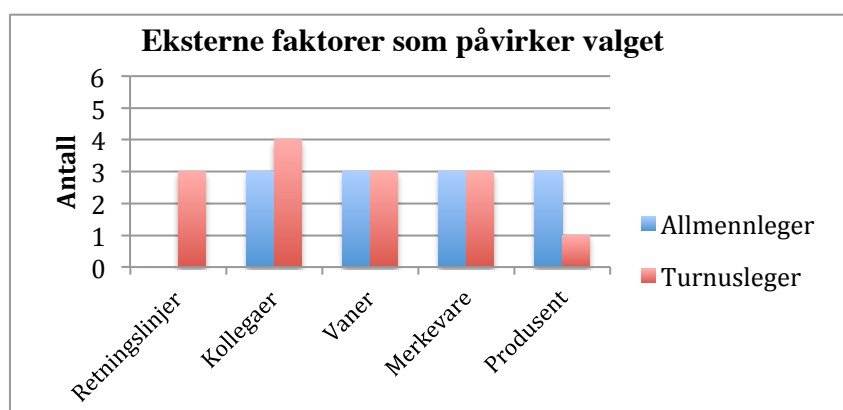
5.1.2 Av betydning for valget

5.1.2.1 Resultater fra dybdeintervjuene

I intervjuene ble respondentene bedt om å ramse opp hva som er av betydning ved forskrivning av medikamentell behandling i en gitt setting, der kriteriene gjør at det kun fokuseres på eksterne faktorer. Svarene tok form i mange beskrivelser og varianter, og en kategorisering medførte at det var mulig å se noen tendenser. Fem av turnuslegene oppga at de baserte sine valg på kollegaers valg og retningslinjer ved institusjonen. Tre av turnuslegene vektla antall daglige inntak av et medikament, der få inntak er fordelaktig og brukervennlig. Fem av seks allmennleger oppgir at kjennskapen og derav alderen til et preparat er av størst betydning for deres valg, der de eldste og mest velutprøvde blir valgt fremfor nye og ukjente. Allmennlegene vektlegger i noen mindre grad diskusjoner med kollegaer ved usikkerhet.

”Definitivt har alderen på preparatet betydning - jeg er ikke blant de som hopper på det første. Jeg vil at andre skal gjøre negative erfaringer.” (Intervjuobjekt 12)

Det ble videre stilt spørsmål angående hva som har påvirkningskraft på valget. De viktigste faktorene er listet i figuren under. Noe som ved enstemmighet imidlertid ble erklært som *uten* innvirkning, er medieoppslag i tabloidaviser. Turnuslegene ytret at de kunne rådføre seg med sykepleiere når det gjelder valg og dosering av smertestillende og praktisk medisin. Én hevdet at de påvirket i for stor grad, mens fire av seks turnusleger oppga at sykepleierne ikke ytret medikament-spesifikke utsagn. Fastleger har lite samhandling med sykepleiere på legekantoret, men de kan komme med nyttige innspill av praktisk betydning i forhold til hjemmesykepleien. På spørsmål om første markedsførte og patenterte preparat innenfor en medikamentkategori var av betydning, ytret samtlige at dette bidrar til god kjennskap til et medikament, og totalt seks leger la til at dette utgjør en påvirkningskraft i merkevare.



Figur 4: Resultater fra dybdeintervjuer angående påvirkning av valg av medikamentell behandling.

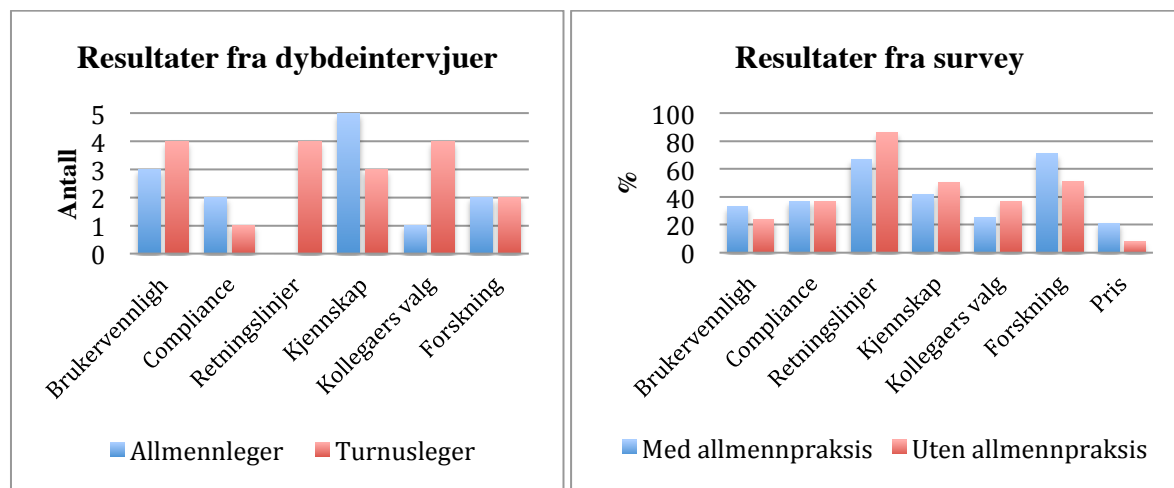
5.1.2.2 Resultater fra surveyen

I surveyen ble respondentene bedt om å si seg (u)enig i påstander om hvorvidt valg av medikamentell behandling i praksis avhenger av retningslinjer, kollegaer og personlig tilegnet kunnskap. Når det gjelder retningslinjer og kollegaer er godt over 90% helt eller delvis enig i at dette er av stor betydning, og på samme måte er det en overvekt av delvis enighet om at personlig tilegnet kunnskap er viktig i praksis. I neste spørsmål skal respondentene krysse av for de tre viktigste eksterne faktorene ved valg av medikamentell behandling. Siden det på forhånd var usikkert hva respondentene ville oppgi som de tre viktigste faktorene, var det hensiktsmessig å oppstille de nevnte påstandene. Etter å ha studert svarene er det mulig at det foreligger en bias på bakgrunn av eksponeringen for disse påstandene *før* spørsmålet om de tre viktigste kriteriene, som dermed gir en vridningseffekt på sistnevnte spørsmål.

5.1.2.3 De tre viktigste kriteriene fra dybdeintervjuene og surveyen

Etter å ha listet opp alt som er av betydning for valget, ble intervjuobjektene bedt om å sammenfatte de tre eksterne faktorene de mener er av størst betydning for valget. Likeledes ble respondentene i surveyen bedt om å krysse av for tre av totalt ni oppgitte faktorer, i tillegg til utfyllingsalternativet ”andre”, som de mener er av størst betydning for deres valg. I begge

tilfeller ble legene satt inn i en gitt setting som kun gjør eksterne faktorer aktuelle. I surveyen ble det benyttet en projeksjonsteknikk for dette spørsmålet, der respondentene først skulle besvare for "en lege" og deretter "seg selv". Dette ga noen, men ingen markante endringer (under 12% for et lite utvalg), og kan derfor ikke sies å tilføre noen innsikter. Det samme gjelder for intervjuene, der legene først ble bedt om å svare for leger generelt og deretter seg selv. De oppga at det ikke forelå noen forskjeller.



Figur 5 og 6: Legers mening angående de tre viktigste eksterne faktorene for valg av medikamentell behandling.

5.1.3 Vektlegging av pris

5.1.3.1 Resultater fra dybdeintervjuer

På spørsmål om hvorvidt prisen er av betydning ved forskrivning av medikamentell behandling, er det en gjennomgående enighet i intervjuene at dette vektlegges i liten eller ingen grad. 10 av 12 intervjuobjekter oppgir bastant og umiddelbart at de ikke ser på prisen. Turnuslegene sier at dette skyldes at de har mer enn nok med å henge med på behandlingen i seg selv, de har mangel på tid og at dette er av siste prioritet. I tillegg er de i sykehussammenheng styrt av retningslinjer og prosedyrer, noe som gjør at de antar at valg angående foretrukket preparat av økonomiske hensyn allerede er gjort. Allmennlegene uttrykker på sin side at vaner hindrer at de selv fokuserer for mye på prisen og at dette blir ivaretatt på det strukturelle nivået gjennom generiske legemidler. Fire av seks allmennleger samt to av turnuslegene sier litt mer nølende at de kan vektlegge prisen dersom det er snakk om at pasienten må betale for preparatet, altså at det er en hvit resept. Det er spesielt unge og vanskeligstilte pasienter som de er påpasselige med å påføre minst mulig økonomisk belastning, og ved forskrivninger av preparater man i utgangspunktet kunne klart seg uten.

"Jeg ser ikke på prisen med mindre pasienten må betale en haug med penger som de ikke får refusjon for." (Intervjuobjekt 7)

5.1.3.2 Resultater fra surveyen

I surveyen ble respondentene bedt om å besvare om de hensyntar prisen ved forskrivelse av medikamenter gitt at de praktiserer som allmennleger. Svarene skiller seg fra intervjuene ved at hele 84% av turnuslegene som kun har praktisert i sykehus samtykker til eller erklærer at de i noen grad hensyntar prisen på preparatet, og tilsvarende gjelder for nærmere 96% av de som har erfaring fra allmennpraksis. Totalt sett utgjør dette altså en prosentvis fordeling der 29% samtykker, 13% avfeier og 58% sier de i noen grad hensyntar prisen.

5.1.4 Analyse av funn for valg av medikamentell behandling

Resultatene vedrørende forutsetninger for valget av medikamentell behandling tilsier at legene føler at de har et godt utvalg av mulige behandlingsalternativer, og at det er nødvendig og bra med føringer fra staten, som igjen medfører at de ikke foretar egne vurderinger som hensyntar statens interesser: De regner med at dette allerede er ivaretatt i handlingsrommet de er tildelt. Dette tilsier at det foreligger en teknisk ytre motivasjon for valget. Kunnskap fra studiet uttrykkes som korrekt og nøytral, og siden flere av respondentene erkjente at de for anledningen tok stilling til spørsmålet for første gang, gir det en indikasjon på at de ikke har reagert på noen betydelige skjevheter. I intervjuene erklærer turnuslegene at det ikke eksisterer noen store forskjeller fra det de ble undervist. En mulig svakhet ved disse resultatene er imidlertid at de praktiserer i samme helseforetak som studiets tilholdssted, der enkelte forelesere kan inngå i grupper som utarbeider retningslinjer for aktuelle institusjoner.

Valget

I både intervjuer og survey var det stort sett de samme faktorene i forskningsdokumentasjon, brukervennlighet, compliance og kollegiale diskusjoner som ble valgt. Brukervennlighet er et vidt begrep, så det er vanskelig å si helt konkret hvilke aspekter som veier tyngst i denne vurderingen. Dette burde vært presisert i større grad. *Forskjellen* som fremkommer av resultatene er at allmennleger uttaler at de i større grad vektlegger kjennskap til preparatet og derav også hvor lenge det har vært på markedet, mens turnuslegene følger retningslinjer og metodebøker mer slavisk, naturlig nok. Ikke uventet tyr allmennlegene til vaner siden de har lenger fartstid og dermed anledning til å opparbeide dette. De ferske turnuslegene har en bratt læringskurve, og som de selv også erkjenner er det ikke yrkesmessig akseptert å betvile råd fra en mer erfaren lege og sykehusets retningslinjer. Innen legeyrket veier ansienniteten tungt.

En annen konsekvens av dette er at turnuslegene i intervjuene i større grad aksepterer og er mindre kritiske til nye preparater så lenge de er oppstilt i retningslinjer eller godkjent av

Legemiddelverket. Allmennlegene på sin side avventer hva spesialister gjør, og lærer av andres feil. De trekker frem at de har sett flere eksempler på uønskede bivirkninger og preparater som blir trukket fra markedet i etterkant, og av den grunn er de mer tilbakeholdne. Dette er en naturlig konsekvens av at de har lengre fartstid i yrket. For turnuslegenes del er det tydelig at ytre sosiale motivasjonsfaktorer som normer, kollegaers valg og en form for overvåkning fra mer erfarne leger preger deres valg av medikamentell behandling. Arbeidsforholdene på sykehus med oppsatte retningslinjer og fastsatte lønninger gir lite eller ingen rom for belønningsmotivert atferd. Allmennlegene erkjenner at de helst ikke vil erfare feil selv og vektlegger kjennskapet til et medikament, noe som tilsier at de er motivert av indre faktorer som kjennskap til resultatet og ansvar for egen innsats.

Selv om allmennlegene kan sies å ha det "frieste" valget grunnet færre retningslinjer sammenlignet med sykehus, vil de fortsette allerede oppstartet behandling og adoptere praksis fra spesialisthelsetjenesten. Deres praksis vil dermed indirekte være styrt av ytre faktorer som kollegaer og retningslinjer, men dette er primært av hensyn til pasienten, da en hovedregel er å unngå bytte av en behandling som fungerer. En stadig eksponering for medikamentlistene til oppfølgingspasienter vil gi signaler på hva som blir benyttet av spesialistene og trolig kunne ha innvirkning på både oppfattet kjennskap og overbevisning til å velge et preparat.

Generelt har turnus- og allmennleger en noe forskjellig formening om hvilke eksterne faktorer som er av størst betydning for valget, og indre og ytre motivasjonsfaktorer gjør seg gjeldende i ulik grad. Totalt sett kan det sies at dette gjøres for å forsikre best mulig kvalitet på beslutningen, og dermed ivareta pasientens interesser. Aktiveringen skjer ved at det foreligger en indikasjon for behandling og intensjonen er å yte hjelp, mens selve handlingen er et resultat av et noe ulikt informasjonsgrunnlag: I hovedsak retningslinjer og råd for turnuslegenes del, og kjennskap til preparatet for allmennlegene. Mangel på tid i yrkeslivet taler i retning av at de ikke har anledning til å foreta sammenligninger og være oppdatert til enhver tid, som igjen gir opphav til vaner. Dette vil være uheldig dersom det medfører irrasjonelle beslutninger. Uansett ser det ut til at tillitsgodet fungerer godt med tanke på legens motivasjon og intenderte kvalitetsbedømmelse.

Påvirkning

Innhenting av informasjon fra flere hold, vektlegging av praktiske aspekter og benyttelse av raske veiledere taler for at legene tilstreber et høyt informasjonsnivå, samtidig som de

overkommer tidspresset om rask oppstart av behandling til beste for pasienten. Første preparat på markedet og dets opparbeidede merkevare hevdes å være av betydning for legenes valg, og mangelen på tid oppgis igjen til å være årsaken til vaner, som baseres på kjennskap og dermed ofte et av de første preparatene. Tilbøyelighet ovenfor retningslinjer og kollegiale diskusjoner gjør likevel at legene oppdateres og trolig endrer atferd dersom det er en tilstrekkelig grunn. Vaner trenger derfor ikke å være irrasjonelle dersom de er forankret i gode vurderinger.

Hensynet til prisen på medikamentell behandling

Siden det eksisterer statlige retningslinjer og foregår et medisinbytte i apotekleddet, erkjenner legene at de opptrer fritt innenfor det oppstilte handlingsrommet og ikke vektlegger prisen, med mindre det medfører store kostnader for pasienten. Begrenset med tid tilsier også at det er vanskelig å sammenligne priser på ulike medikamenter. Den dynamiske prosessen med stadige endringer gjort av Legemiddelverket underbygger den praktiske utfordringen med at leger ikke har anledning til å gjennomføre en omfattende vurdering av prisen. På sykehusene er det oppstilte retningslinjer på hvilke preparater som skal anvendes på bakgrunn av anbudsrunder, og dermed er det ikke like aktuelt å hensynta prisen her.

Respondentene i surveyen samtykker i større grad enn intervjuobjektene til at de hensyntar prisen, men resultatene gir ingen indikasjon på når og hvordan dette skjer. Erfaringer fra intervjuene tilsier at forskjellen kan skyldes at de vektlegger hensynet til den økonomiske belastningen for pasienten selv, eller at de ubevisst inkluderer hensynet til prisen på lab-tester, men som det fremgår i neste del om de tre pasientsituasjonene sier resultatene noe annet her. Det foreligger også en klar indikasjon på at legene i intervjuene *ikke* føler et press på at de forvalter statens penger, og dermed altså ikke vektlegger det økonomiske aspektet når de forskriver medikamenter på blå resept. Hensynet til prisen drøftes mer i avsnitt 5.2.

Basert på teorien om tillitsgoder, ser det ut til at legene hensyntar pasientens interesser innenfor sitt handlingsrom. Det at mange valg baseres på vaner og at mangel på tid begrenser anledningen til å foreta vurderinger, kan gjøre det vanskelig for nye aktører å etablere seg. Dyrere preparater kan også bli valgt uten tungtveiende teoretiske argumenter. Medisinbytte i apotek skal ivareta dette til en viss grad, og derfor kan legene i større grad hensynta pasientens beste. Dette er i tråd med hensynet til kvalitet og bidrar dermed til at prinsippal-agent-relasjonen fungerer, men det kan lett forekomme vridninger som ikke samstemmer med regjeringens legemiddelpolitikk om korrekte forskrifter, rent medisinsk og økonomisk.

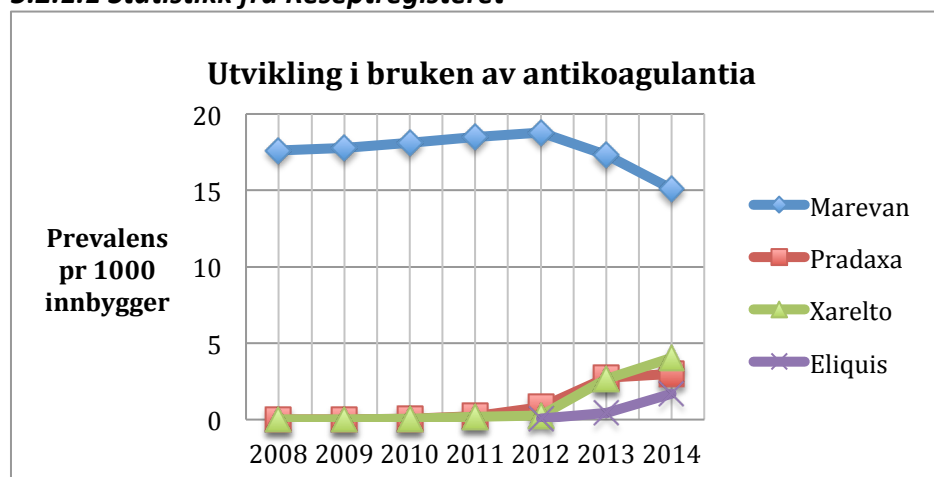
5.2 Tre praktiske tilfeller: Valg av medikament ved gitte indikasjoner

I det følgende vil de tre gitte situasjonene med pasienter og resultatene bli omtalt, for så å bli analysert og sett i sammenheng med teori, funnene under forrige avsnitt og omstendigheter i konteksten. Innledningsvis for hvert tilfelle vil de underliggende, faktiske forholdene belyses via statistikk fra Reseptregisteret, der det er tatt utgangspunkt i tall på nasjonalt nivå.

5.2.1 Antikoagulantia

En situasjon der det foreligger indikasjon på behandling med blodfortynnende piller er et godt eksempel som illustrerer et valg mellom enten ett av tre nye, nokså likeverdige preparater med patent i NOAKene eller det veletablerte, lite medgjørlige og betydelig billigere preparatet, Marevan. I april 2015 ble det publisert et nytt veiledningsdokument som i stor grad likestiller de tre NOAKene ved indikasjon og behandling for både DVT og LE. I september 2014 var det kun virkestoffene i Xarelto og Marevan som hadde godkjent indikasjon for behandling av DVT og LE, så det skjer stadig endringer i dette markedet (fylkesmannen.no).

5.2.1.1 Statistikk fra Reseptregisteret



Figur 7:
Utvikling i bruken av ulike typer peroral antikoagulasjon i Norge (Reseptregisteret, vedlegg 3).

ÅR 2014	Antall individer	Prevalens pr 1000 innbygger	Utsalgspris (NOK)	Definerte døgndoser (DDD)
Marevan	77 414	15,1	65 154 311	16 582 128
Pradaxa	15 363	3,0	98 918 486	4 942 857
Xarelto	20 801	4,0	123 729 430	10 347 609
Eliquis	8 647	1,7	36 163 998	2 644 925

Tabell 4:
Oversikt over omfanget i bruk av antikoagulasjon i Norge for året 2014 (Reseptregisteret, vedlegg 3).

Tallene representerer omfang i bruk for alle aldre, til forskjell fra hva som er oppgitt i den aktuelle settingen i en ”ung pasient”. Mange eldre pasienter har brukt Marevan i flere år og som nevnt endres ikke behandlingen dersom den fungerer. Bildet som fremkommer i figur 7 kan derfor virke misvisende i forhold til resultatene fra undersøkelsene. Tendensen er imidlertid den at det foreligger økende bruk av Xarelto og Eliquis, samt en nedgang for det

veletablerte preparatet Marevan. Pradaxa opplevde en vekst fra 2012 til 2013, men har nå stagnert og blitt forbigått av Xarelto, noe som trolig er knyttet til forløpet for godkjente indikasjonsområder. Marevan er fortsatt det mest brukte preparatet, og omtrent tre ganger så mange pasienter kan behandles med Marevan fremfor Xarelto med samme midler.

5.2.1.2 Resultater fra dybdeintervjuer

11 av 12 leger sier de ville ha startet opp med et NOAK på spørsmål om valg av behandling for en ung pasient med indikasjonen DVT og LE. Fem av seks turnusleger ville valgt Xarelto, siden det er oppstilt i retningslinjer og de *vet* at preparatet er godkjent for begge indikasjoner. De nevner også at brukervennligheten er høyere siden det inntas én gang daglig, i motsetning til Pradaxa og Eliquis som inntas to. Allmennlegene erklærer at de måtte ha lest seg opp på området, da denne diagnosen vanligvis innebærer oppfølgingsbehandling for deres del.

”Vi bytter ikke preparat. Det er kun aktuelt dersom de skal stå på det over lang tid. På kurs sa de ”Velg én variant og bruk den”, men det er ubetydelig når sykehuset velger noe annet. NOAKene er tre relativt ekvivalente preparater uansett.” (Intervjuobjekt 12)

På spørsmål om de er skeptiske til de nye preparatene, er turnuslegene bastante i sine utspill om at alle godkjente preparater kan benyttes. Allmennlegene henviser til at de sjelden starter opp med denne typen behandling og derfor bare følger det som blir gjort på sykehusene.

”Produsentene for NOAKene har vært harde på lunsjene. Xarelto var på besøk forrige uke, og jeg ville valgt dette preparatet fremfor Pradaxa, siden jeg nå vet at det er godkjent for begge indikasjoner.” (Intervjuobjekt 7)

For ni av tolv leger oppgis enkel bruk, økt compliance og det faktum at man slipper jevnlig kontroll til å være viktige faktorer for å velge et NOAK. Spesielt unngåelse av kontrolltimer (INR) veier tungt i forhold til yngre pasienter, da dette er tidkrevende og ubeleilig i en travel hverdag, men for eldre pasienter veies dette opp mot aspektet i oppfølging og trygghet ved å treffe legen jevnlig. Kontrolltimer er økonomisk gunstige for fastleger, men legene selv hevder at livet etter et sykehusopphold og brukervennlighet i hverdagen har størst betydning, og tar derfor ikke hensyn til disse inntektene. Utfordringene med NOAKene er lite kjennskap, ingen reverserbarhet ved blødningstendens og at det derfor må tas stilling til om pasienten sannsynligvis kan være utsatt for akutt kirurgi i nær fremtid. Marevan på sin side er et kjent preparat med antidot (”motgift”) ved blødningstendens, og hovedutfordringen her ligger i strevsomheten i forhold til doseinnstilling og kontroller (INR). Selv om Marevan har mulighet for reverserbarhet, er det likevel en betydelig fare for alvorlige bivirkninger (vedlegg 2).

”Jeg ville valgt Marevan fordi jeg kan det, men hver måned får jeg økt kunnskap om NOAKene. Det er typisk at fordelene med de nye blåses opp, så jeg ville kontaktet en kollega i spesialisthelsetjenesten for råd. (...) Hvis INR-kontroller bortfaller hadde tiden bare gått til noe annet som man tjener penger på!” (Intervjuobjekt 9)

Ingen av legene vet noe om prisforskjellen mellom NOAKene, og de vet bare at Marevan er billigere. Videre er det en liten tendens til at Eliquis blir mer forskrevet blant overleger, men preparatet er foreløpig ikke oppgitt i retningslinjer.

”Jeg har ikke snøring på prisforskjellen. Marevan er billigere hvertfall, og de nye er nok dyre. Men de blir vel billigere etter hvert de óg. (...) Jeg har ingen erfaring med Eliquis, så derfor bruker jeg det ikke.” (Intervjuobjekt 6)

5.2.1.3 Resultater fra survey

Det var ingen store forskjeller for valg av antikoagulasjon gitt samme indikasjoner mellom turnusleger med allmennpraksis og for de som kun har vært i sykehus og andre institusjoner. Samlet sett vil 50% starte opp med Xarelto, 20% vil starte med Marevan, mens Eliquis og Pradaxa ble valgt av henholdsvis 11% og 10%. Tendensen er den samme som for resultatene i dybdeintervjuene, og siden dette er en situasjon som oppstår hyppigst i sykehussammenheng er det rimelig å anta at de fleste respondentene har tatt eller kjenner til denne beslutningen. Ved krysstabulering av spørsmålene både med hensyn til faktorer ved valg i første del og eksponering for legemiddelprodusenter gitt et valgt antikoagulantia, var det få funn. Det er vanskelig å si noe konkret om Pradaxa og Eliquis grunnet deres lave oppslutning. Ved å sammenligne hvilke faktorer som oppgis til å være de viktigste for valg av behandling blant de som velger Xarelto med de som velger Marevan, er tendensen den at 54% og 34% vektlegger henholdsvis personlig erfaring og brukervennlighet blant Xarelto-velgerne, mens de tilsvarende tallene er 25% og 10% for Marevan. Utvalget er lite til å si noe veldig tydelig.

5.2.1.4 Analyse av valg av antikoagulasjon

Tilfellet med antikoagulasjonsbehandling belyser de mest kritiske sider som potensielt kan gi fatale følger for et tillitsgode dersom agentens, eller legens, beslutning blir gjort på feil grunnlag. Det eksisterer generelt en høy risiko ved denne behandlingen, og manglende kunnskaper, en aggressiv markedsføring og et sannsynlig ønske om å slippe å benytte det lite medgjørlike preparatet i Marevan fra legenes side, kan medføre uheldige vridninger.

Det er tydelig at informasjonsnivået ikke er optimalt i forhold til NOAKene og at legene blir utsatt for et dilemma vedrørende valg mellom det strevsomme, velkjente Marevan og noe nytt

som potensielt kan fungere bedre. Allmennlegenes ytrede, mer passive holdning, der de henviser til at de måtte ha undersøkt medikamentene nærmere og eventuelt rådført seg med en kollega som har mer kunnskaper, samsvarer med deres tidligere angitte viktighet av kjennskap til preparatet. Kvalitetsbedømmelsen er naturlig nok vanskelig å gjennomføre grunnet den relativt korte tiden i markedet, men det er tydelig et behov for et alternativ til Marevan av brukervennlige årsaker. I april 2015 kom det altså en rapport fra ekspertgruppen som er nedsatt av Helsedirektoratet som sier at alle de fire preparatene nå innehar relativt like godkjente indikasjoner, og statistikken over omfanget i bruk ser ut til å følge utviklingen av godkjenninger og retningslinjer. Siden legene ikke er sikre på kvaliteten og hva som er beste behandling, er det naturlig at de følger rådene fra en ekspertgruppe som må antas å inneha mest og best kompetanse til å uttale seg. Både allmenn- og turnusleger ser ut til å følge retningslinjer relativt slavisk når det gjelder valg av medikamentell behandling i dette tilfellet.

Resultatene fra intervjuer og survey peker tydelig i retning av at NOAKene er å foretrekke til unge pasienter med de gitte indikasjonene, og årsaken til at Xarelto foretrekkes av flest er trolig grunnet en tidligere godkjenning av indikasjoner for DVT og LE, og dermed en stor grad av innlemmelse i retningslinjer. Som nevnt skyldes sannsynligvis avviket mellom empirien og statistikken fra Reseptregisteret med sitt store omfang av Marevan, at alle aldersgrupper inngår til forskjell fra den aktuelle settingen, der det spørres eksplisitt etter *oppstart* av behandling til en *ung pasient*. Tendensen i statistikken er imidlertid tydelig, og resultatene fra undersøkelsene gjenspeiler denne, noe som underbygger et representativt utvalg.

Brukervennlighet og egenerfaring fremkommer som faktorer av større betydning for de som velger Xarelto fremfor Marevan. I dybdeintervjuene ble det ved flere tilfeller presisert at Xarelto var mye bedre å benytte generelt, da kontrolltimer frafaller og doseringen baseres på ett inntak per dag, noe som henviser til brukervennlighet. Dette medfører også økt compliance, og det faktum at Xarelto først fikk godkjenning for indikasjonene gjør at legene naturligvis har mer kjennskap til preparatet. NOAKene letter også hverdagen siden det ikke er noe som må hensyntas i forhold til kosthold, i motsetning til for Marevan. Det foreligger en overensstemmelse mellom de oppgitte viktigste faktorene for valg generelt og hva som blir besvart i forhold til valg av preparat blant NOAKene, og også delvis med tanke på å velge et av de nye kontra det gamle ved vektlegging av brukervennlighet.

Det kommer stadig mer kunnskaper om de nye preparatenes bivirkningsprofil, og i 2014 ble det presentert forskning fra produsenten som hevder at Eliquis har en signifikant lavere alvorlig blødning enn Warfarin (Marevan) (eliquis.no). Dette er ikke i overensstemmelse med Legemiddelverkets rapporterte dødelige tilfeller ved bruk av Eliquis for år 2014 (vedlegg 2). Hva som er grunnen til at preparatet opplever vekst er uvisst, men siden doseringen inntas to ganger daglig og bivirkningene er alvorligere, forsvinner argumentet med brukervennlighet og redusert risiko. Det er mulig at dette er indikerer irrasjonell atferd på bakgrunn av produsentens feilaktige fremstilling som svekker informasjonsgrunnlaget for tillitsgodet.

Den ytre motivasjonsfaktoren i belønning i form av kontrolltimer (INR) for allmennleger er undertrykt av den indre motivasjonen i å gi pasientene en best mulig behandling med tanke på en minst mulig belastende hverdag. Både allmenn- og turnusleger i intervjuene sier de legger vekt på livet etter sykehuset, og selv om allmennlegene uttrykker mer skepsis til NOAKene, er de likevel åpne om at man må tørre å forskrive et nytt medikament. Turnuslegene følger i stor grad retningslinjer og velger det første innlemmede preparatet; Xarelto. Ytre faktorer i kollegaer og trolig en følelse av overvåkning er sterke motivasjonsfaktorer, men antagelig er dette et resultat av lite egenerfaring og en usikkerhet knyttet til behandlingen. I likhet med allmennlegene hevder turnuslegene at de ikke ville fokusert på merinntekter ved kontroller, da dette er belastende og irriterende, spesielt for unge pasienter. Et tydelig ansvar for egen innsats gjennom rådføring med spesialister og etterlevelse av retningslinjer, indikerer at legene har indre motivasjon for sitt valg. Selv om det er et naturlig svekket informasjonsnivå og dermed vanskelig å bedømme kvaliteten, ser legene ut til å velge på bakgrunn av brukervennlighet og ansvarsfølelse ved å følge praksisen til de som besitter størst kunnskap.

Hensynet til prisen

Alle de fire aktuelle preparatene omfattes av blåreseptordningen, og pasienter som har behov for denne typen medikamenter mottar i stor utstrekning frikort i løpet av et kalenderår som følge av store utgifter til medisinske formål. Prisen på preparatet vil derfor som oftest ikke medføre økonomiske konsekvenser utover utgiftstaket. På spørsmål om prisen på blodfortynnende behandling er det ingen av intervjuobjektene som vet noe om dette - de antar bare at Marevan er rimeligere og at NOAKene blir billigere etter hvert. Forskjellen i pris på en gjennomsnittlig døgndose av Marevan og det billigste av NOAKene, Xarelto, utgjør en verdi på hele 19,23 kr (23,38 – 4,05), og likeledes utgjør forskjellen mellom dyreste og billigste NOAK en verdi på 1,74 kr. Marginen på 19,23 kr gir store utslag rent økonomisk på

årsbasis. Kostnaden ved kontrolltimene som følger med Marevan-behandling, både rent tidsmessig og økonomisk, vil redusere forskjellen i noen grad, og likeledes vil økt medisinsk kvalitet være en sterk bidragsyter i retning av å utjevne ulikheten. Som det er poengtert hele veien er det fortsatt mye som mangler i forhold til informasjon og kvalitetsbedømmelse av NOAKene, og dette vil kun bedres gjennom økt bruk og erfaring.

Samtlige leger fra dybdeintervjuene har ytret at de ikke hensyntar og sjelden sjekker prisen på den medikamentelle behandlingen, med mindre det medfører uheldige økonomiske konsekvenser for pasienten. Siden de omtalte preparatene i dette tilfellet omfattes av blåreseptordningen, har legene manglende kjennskap til prisene. I surveyen velger 50% Xarelto og 20% Marevan, noe som antagelig i stor grad er et resultat av retningslinjer. Det er tydelig at dette spørsmålet er vanskelig å besvare, og at legene er i konflikt med seg selv vedrørende valget mellom det kjente og de nye, potensielt bedre preparatene. Valget begrunnes ut i fra hva som er mest brukervennlig, anbefales og praktiseres av ekspertise med bedre forutsetninger for å vurdere preparatene, og legene vektlegger ikke prisen. Naturlige utfordringer svekker informasjonsnivået og dermed kvalitetsbedømmelsen av dette tillitsgodet, men totalt sett ser det ut til at legene fokuserer på den medisinske effekten og ivaretar pasientens interesser gjennom sin ansvarsfølelse. Den økonomiske konsekvensen er stor ved valg mellom NOAK og Marevan, og manglende informasjon om den medisinske effekten gjør det vanskelig å si om bruk av NOAKer kan rettferdiggjøres fra et politisk og samfunnsøkonomisk perspektiv. Dersom den medisinske effekten i minste fall er lik er det ingen tvil om at de nye er mer brukervennlige, og Norge bør vel kunne tilby et preparat som letter hverdagen til såpass mange, selv i en patentperiode.

Markedsføring

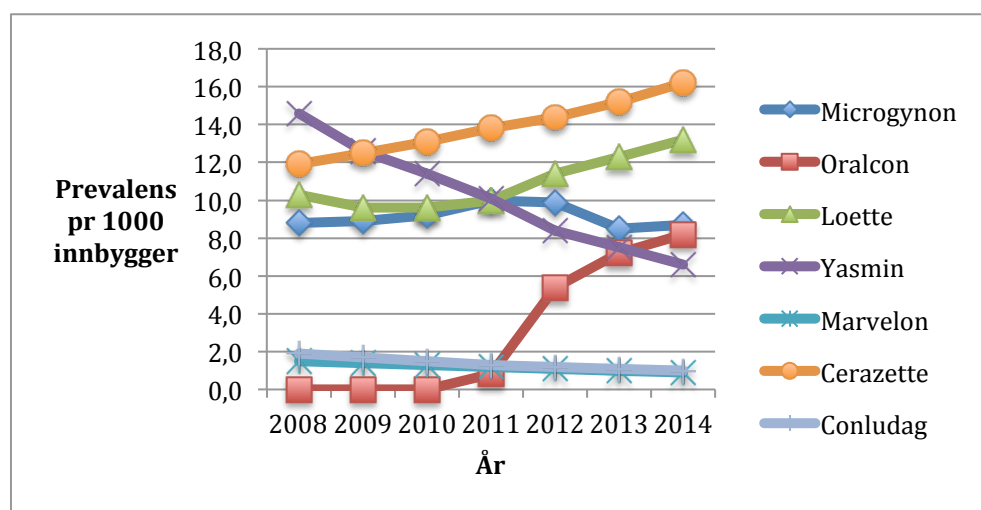
I dybdeintervjuene påpeker flere av legene at NOAK-produsentene driver en aggressiv markedsføring for tiden, der de fokuserer på hvilke godkjente indikasjoner sitt preparat innehar. Legene, både fra intervjuer og survey, erkjenner i stor grad at de har vært eksponert for både Bayer, Boehringer Ingelheim (BI) og Pfizer, og det er dermed ikke mulig å dra noen slutninger vedrørende eksponering og valg. Det har også vært bred enighet i intervjuene at første markedsførte preparat har hatt stor innvirkning på valg av medikamentell behandling. Ved å studere utviklingen i prevalensen i figur 7, er det tydelige skift i bruken som sannsynligvis gjenspeiler markedsslipp og indikasjonsstatus. Pradaxa kom først og opplevde derfor først vekst, og deretter fikk Xarelto flere godkjente indikasjoner enn sine konkurrenter

og fikk en tydelig fremvekst grunnet dokumentert effekt og innlemmelse i retningslinjer. I tilfellet med antikoagulasjon er altså betydningen av første markedsførte preparat og den aggressive markedsføringen fra alle tre aktører av liten betydning, da det er indikasjonsstatus og retningslinjer som avgjør valget. Betydningen av relasjonsmarkedsføring ser derimot ut til å være av stor betydning, da både allmenn- og turnusleger tyr til spesialisters råd i forbindelse med denne typen behandling. I tillegg besitter ekspertgruppen som utarbeider rapporter en stor makt, da deres uttalelser er foregangsveiledere for retningslinjer i spesialisthelsetjenesten.

5.2.2 Hormonell prevensjon (antikonsepsjon)

Hormonelle prevensjonsmidler i pilleform skiller seg fra det allmennheten ser på som medikamentell behandling, siden det primært ikke er en sykdom som skal behandles. Situasjonen forekommer nesten uten unntak på fastlegekontorer og mange respondenter i turnuslegene har ikke tatt stilling til beslutningen. En del av resultatene anses derfor som mindre representative, men de gir en indikasjon på fremgangsmåten for å fatte et valg, hva som vektlegges og hvordan tendensen er i forhold til forskrivning av minipillen Cerazette.

5.2.2.1 Statistikk fra Reseptregisteret



Figur 8: Prevalens på nasjonalt plan fra et utvalg av hormonell prevensjon i pilleform (Reseptregisteret, vedlegg 4)

ÅR 2014	Antall individer	Prevalens pr 1000 innbygger	Utsalgspris (NOK)	Definerte døgndoser (DDD)
Microgynon	44 870	8,7	11 615 638	11 191 488
Oralcon	42 123	8,2	9 833 725	10 692 700
Loette	67 912	13,2	45 199 614	17 752 442
Yasmin	33 757	6,6	27 502 870	9 728 824
Marvelon	4 599	0,9	2 354 222	1 337 336
Cerazette	83 056	16,2	30 523 752	18 799 264
Conludag	5 325	1,04	1 274 175	1 209 694

Tabell 5: Oversikt over nøkkeltall for et utvalg av hormonell prevensjon i pilleform på nasjonalt plan (Reseptregisteret, se vedlegg 4).

5.2.2.2 Resultater fra dybdeintervjuer

Turnuslegene har liten erfaring, men de nevner at de ville vurdert et andregenerasjonspreparat med lavest risiko for blodpropp, og tre respondenter velger Microgynon og to velger Loette. Videre vurderer de spørsmålet om risiko for blodpropp dithen at denne er enda større dersom kvinnen blir gravid, og at de derfor mest sannsynlig vil velge en p-pille fremfor en minipille. En annen tendens er at legene hevder at mange kvinner har personlige preferanser i forhold til hvilket preparat de vil ha og at dette ofte baseres på hva venninner har, og de har ingen problemer med å etterkomme dette ønsket. Blant allmennlegene er det omtrent samme svarfordeling, der tre stykker foretrekker Microgynon, to velger Loette, og én velger Yasmin.

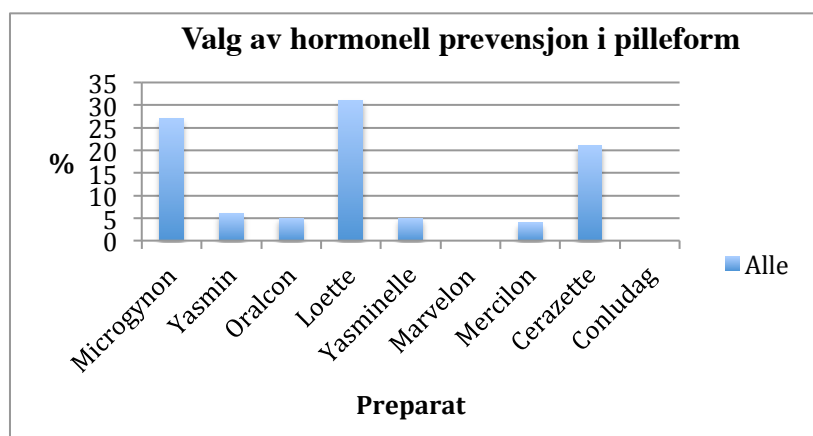
”Jeg ville valgt Yasmin fordi jeg pleier å gjøre det. Det er ingen tungtveiende teoretiske grunner som verken taler for eller mot å velge det.” (Intervjuobjekt 9)

På spørsmål om de forskriver flere minipiller enn før, samtykker fire av seks allmennleger til at dette er en tendens, men de hevder at dette er på bakgrunn av pasientens egne forespørsel. Fire av seks allmennleger sier også at de ikke ville valgt oppstart av minipiller fremfor en av de nyere p-pillene, da dette gir en del uheldige bivirkninger.

”I utgangspunktet ville jeg ikke startet opp med Cerazette, men jeg noterer meg at en del helsestasjoner skriver ut dette preparatet.” (Intervjuobjekt 12)

5.2.2.3 Resultater fra surveyen

Resultatene fra surveyen indikerer at Loette blir foretrukket av 31%, Microgynon av 27% og minipillen Cerazette blir valgt i 21% av tilfellene. Sistnevnte preparat blir foretrukket i noen større grad av turnuslegene uten erfaring fra allmennpraksis, men ellers er det ingen andre forskjeller mellom de som har og ikke har praktisert på et legekantor.



Figur 9:
Prosentvis svarfordeling angående valg av hormonell prevensjon i pilleform.

Det ble gjort en krysstabulering av resultatene i surveyen for å studere sammenhengen mellom valgt preparat og de oppgitte viktigste faktorene under den første delen, og om de har hatt noe mer eksponering for den aktuelle produsenten av preparatet. Det var ingen resultater

som skilte seg ut, verken for p-pillene eller Cerazette, når det gjelder mønsteret i faktorer som blir vektlagt, bortsett fra at det var en liten tendens til at brukervennlighet ble vektlagt i større grad for de som oppgir Loette som sitt førstevalg. Det var ingen funn når det gjelder eksponering for produsentene i forhold til valg av preparat.

5.2.2.4 Analyse av valg av prevensjon

Legemiddelverket har gjort det veldig klart gjennom sine oppsatte førstevalg hvilke preparater som bør velges når det gjelder peroral hormonell antikonsepsjon. De oppstiller andregenerasjonspillene i Microgynon, Oralcon og Loette, samt minipillen Cerazette som foretrukne valg. For å avdekke om det eksisterer noen innbyrdes prioritering mellom disse igjen ble RELIS kontaktet, men de responderte at disse fire regnes som medisinsk likestilte.

Turnuslegene i dybdeintervjuene har lite egenerfaring med beslutningen, men sier at de ville fulgt anbefalinger, forskrevet et av de nyere, gått tilbake i notatene fra det de lærte i gynekologi eller valgt etter personlig erfaring. Allmennlegene ytrer at de tar det de pleier å ta, og at de varierer mellom et par varianter alt ettersom om jenta er sensitiv for mulige bivirkninger eller ikke. I tillegg sier de at kvinner ofte har personlige preferanser når det gjelder prevensjon, og at de ikke ser noen grunn til å *ikke* følge dette når det er snakk om den gitte settingen. Basert på legenes utsagn virker valget litt tilfeldig. Resultatene viser at valget deres likevel er i overensstemmelse med anbefalingene som er oppsatt av staten, siden Microgynon, Loette og Cerazette er de preparatene som blir foretrukket i intervjuer og survey. Det er derfor tydelig at vurderingen som en gang er tatt, enten på bakgrunn av kunnskaper fra studiet, retningslinjer eller erfaring, er hensiktsmessig og gir rett fordeling. Yasmin, som verken er listet som et anbefalt førstevalg eller er prismessig lønnsomt, er mye utbredt. Om dette skyldes positive bivirkninger i forhold til faktorer som ikke er hensyntatt i studien som behandling av akne, er uvisst. Dersom dette er, som intervjuobjekt 9 erkjenner, basert på en vane som er tilegnet for mange år siden uten noen tungtveiende teoretiske grunner, eller et resultat av kvinnes egne preferanser, kan dette indikere en negativ effekt av at ikke retningslinjene er enda klarere og at pasientens får innvirke på valget.

Det foreligger mye forskningsdokumentasjon og kjennskap til de ulike variantene av hormonell prevensjon. Lett tilgjengelig informasjon bidrar også til å gjøre det enkelt for pasienter å tilegne seg et høyt informasjonsnivå, og dermed utlignes i betydelig grad forskjellen i kunnskaper som danner grunnlaget for prinsippal-agent problematikken i forbindelse med

tillitsgoder. Prinsipalen har muligens tid til å opparbeide seg et enda større informasjonsgrunnlag, både ved å forhøre seg med venninner og lese utallige artikler på nettet, og dermed i større grad gi anføringer på valget. Siden det ikke er så store forskjeller mellom de ulike variantene, ser det ut til at legen ivaretar pasientens interesser ved å la de bli hørt. Selv om det foreligger en del erfaring etter hvert, er det ikke mulig å forutsi hvordan et preparat vil gi utslag i bivirkninger på en pasient. Det vil imidlertid i større grad være mulig å bytte preparat dersom det oppstår uheldige bivirkninger i dette tilfellet, da det ikke gir et risikofylt opphold i en behandling av sykdom.

Cerazette har den høyeste prevalensen blant de listede preparatene, og dette skyldes trolig i at preparatet er den eneste av sitt slag som stilles opp som et førstevalg. Grunnet mindre hormoninnhold og mediers oppslag om bivirkninger som blodpropp og andre farer ved å dytte i seg for mye hormoner, vil kvinner i større grad etterspørre dette preparatet selv, noe som også bekreftes i dybdeintervjuene. Økt målgruppe ved at kvinner over 35 år anbefales dette, tilgjengelig informasjon for allmennheten, medieoppslag, og status som et oppstilt førstevalg, er faktorer som sannsynligvis medfører en stor oppgang i omsetningen av Cerazette.

Et potensielt høyt og lite skjevt informasjonsnivå mellom prinsipalen og agenten setter mindre krav til blind tillit fra pasientens side, og mye kjennskap til preparatene muliggjør en god kvalitetsbedømmelse. Ytre motivasjonsfaktorer som belønning og adopsjon av kollegaers atferd er lite aktuelle, og det virker som den indre motivasjonen får utspill gjennom ansvaret for å avdekke eventuelle risikofaktorer hos pasienten, for så å basere friheten på handlingsrommet ut i fra dette. Hensynet til kvinners preferanser ser ut til å være innlemmet i legens mål, som igjen bidrar til å ivareta pasientens autonomi der det ikke er snakk om en nødvendig behandling av sykdom og hvor det i større grad er mulig å bytte preparat ved uheldige bivirkninger. Tillitsgodet fungerer likevel ikke optimalt, verken medisinsk eller samfunnsøkonomisk, i den grad hensynet til pasientens interesser medfører unødig høyere risiko for blodpropp og kostnader. Dette gjelder særlig for Yasmin, som verken er anbefalt og som har høyere pris, og også for Cerazette, som legene selv erkjenner at de ikke foretrekker som et førstevalg. For optimal allokering kan det derfor hevdes at legene i større grad bør utøve sin profesjon og gjeninnta rollen som tillitsinnehaver med klarere føringer, siden pasienten ikke alltid vet sitt eget beste. Legens forskrivelse påfører en opprinnelig frisk pasient en risiko for potensielle uheldige bivirkninger, noe som taler i retning av at det må utøves varsomhet og som setter krav til kompetanse.

Hensynet til prisen

Hormonell antikonsepsjon fås på hvit resept, og må dermed betales av pasienten selv. Dersom det finnes et generisk, billigere preparat vil dette tilbys i apotekleddet ved uthenting av resept, men pasienten velger selv hva den foretrekker. Legene har ytret at de ikke hensyntar prisen ved valg av medikamentell behandling, med mindre det vil utgjøre unødige økonomiske konsekvenser for pasienten. Yngre og økonomisk vanskeligstilte pasienter er gruppene de vedkjenner at de tar mest hensyn til. I den anledning vil det forventes at pasientens interesser i forhold til pris blir ivaretatt i det gitte tilfellet med hormonell prevensjon.

Det eksisterer ingen overveiende bevis for at hensynet til prisen blir mer ivaretatt grunnet at det her er snakk om hvit resept og unge pasienter. Tvert i mot er det de dyreste av de fire anbefalte førstevalgene som blir mest foretrukket, der prisforskjellene til det billigste preparatet i Microgynon utgjør en margin på 136,50 kroner (226,90 – 90,40) for Loette og 27,20 kroner (117,60 - 90,40) for Cerazette. På årsbasis utgjør dette økte kostnader på 545,60 kroner for en kvinne som benytter Loette fremfor Microgynon, gitt at det takkes nei til et eventuelt generisk bytte i apotek. Dersom jenta er mellom 16 og 20 år, og dermed kvalifiserer til 100 kroner i stønad hvert kvartal, innebærer dette at et forbruk med Loette påfører kostnader pålydende 507,60 kroner kontra gratis forbruk med Microgynon eller Oralcon. Likeledes vil bruk av Cerazette medføre økte kostnader på 108,80 kroner på årsbasis, og 70,40 kroner dersom kvinnen kvalifiserer til å motta refusjon. Sistnevnte preparat stiller noe annerledes, siden dette er et preparat med mindre hormoninnhold og som kan foretrekkes av grunner som overgår den prismessige differansen på maksimalt 108,80 kroner per år.

Yasmin har som det fremkommer av figur 8 en entydig reduksjon i prevalensen, men antall individer på nærmere 34 000 som benytter preparatet i 2014 utgjør en betydelig andel og gir store utslag rent økonomisk. Dette er ikke et anbefalt preparat og prisforskjellen ned til Microgynon er på hele 152,50 kroner (242,90 – 90,40) for en pakning med 3x21 piller, noe som er enda høyere enn for Loette. På årsbasis utgjør dette en kostnad på 610 kroner mer enn for Microgynon, og ved 100 kroners refusjon hver tredje måned blir kostnaden for noe som kunne vært gratis på 571,60 kroner. De foregående eksemplene med økte kostnader sett i sammenheng med legenes valgmonster, både i survey, dybdeintervjuer og statistikken fra Reseptregisteret, belyser at legene ikke tar hensyn til prisen når det gjelder hvit resept, og at de økonomiske konsekvensene er ufordelaktig store.

Tabell 5 viser at utgiftene til Loette er over dobbelt så store i forhold til totalbeløpet for de to andre foretrukne p-pillene i Microgynon og Oralcon, selv om de to sistnevnte preparatene totalt sett har nærmere 20 000 flere brukere. Det kan ikke hevdes at det er feil av legene å velge Loette siden dette er oppsatt som et anbefalt førstevalg, og to av allmennlegene mente at de har erfaring med at det er mindre potensielle bivirkninger med preparatet. Resultatene fra surveyen indikerer at det er en liten tendens til at de som velger Loette oppgir brukervennlighet som en viktig ekstern faktor for sitt valg. Loette kan altså være fordelaktig siden det erfaringsmessig har god effekt for de fleste kvinner, og i den anledning kan det sies å være et mer brukervennlig alternativ. Blant de 32 som totalt sett i surveyen oppgir viktigheten av brukervennligheten til et preparat, velger 12 stykker Loette. Det gir en svak indikasjon på at det kan være aspekter ved Loette som gjør preparatet bedre og dermed i noen grad forsvaret den høyere prisen. Antallet som velger Yasmin i survey og dybdeintervjuer er lavt, men den eksplisitte statistikken presentert i figur 8 og tabell 5 indikerer at preparatet blir forskrevet i urimelig stor grad. Cerazette stiller i en egen kategori og det er dermed ikke mulig å påpeke noe rundt hensynet til prisen kontra hva som er rimelig.

Kvinnenes frie spillerom til å få gjennomslag for egne ønsker medfører en økonomisk mindre kostnadseffektiv fordeling dersom begrunnelsen tar utgangspunkt i hva kvinner ønsker uavhengig av en veloverveid medisinsk vurdering. Dette gir trolig utslag i økte utgifter på et titalls millioner for pasienter hvert år. Legene kan derfor med fordel gi mer føringer og utøve en rettmessig legemiddelpolitikk, både medisinsk og økonomisk. Tillitsgodet fungerer ikke optimalt rent samfunnsøkonomisk, og selv om pasientens interesser blir ivaretatt ved å bevare dens autonomi, vil dette undergrave hensikten dersom det medisinske og økonomiske på sin side ikke er innbakt i dette hensynet.

Markedsføring

De fleste p-piller, og nå også Cerazette, har vært på markedet lenge og patentperiodene er utgått. Det eksisterer derfor mindre insentiver til å drive markedsføring med tanke på lavere profittmarginer i disse dager. Organon, som er produsenten av Cerazette, mistet patenten i preparatet i desember 2012 og har trolig vært aktive i sin markedsføring frem til dette tidspunktet. Som det fremgår av figur 8 opplever Cerazette, i likhet med Loette og Oralcon, en stor vekst i prevalensen i årene 2011 og 2012, i motsetning til Microgynon og Yasmin som opplever en nedgang. Det er vanskelig å si om den økte prevalensen til Cerazette skyldes senvirkninger av en aktiv markedsføring, en midlertidig trend, eller om det er et resultat av et

forbrukerskift fra Yasmin og muligens det mindre gode preparatet i Microgynon til dette fullverdige substituttet. Både i surveyen og i intervjuene er det en markant mindre andel som erkjenner at de har vært eksponert for Organon. En mulig bias som omtales mer i avsnitt 5.3 er at det ved markedsføring fokuseres på produktets navn fremfor produsenten.

Relasjonsmarkedsføring blant venninner ser ut til å påvirke kvinners preferanser mest.

Ved krysstabulering er det ingen tydelige sammenhenger mellom eksponering for produsenter og et gitt valg av preparat. Tilfellet med Cerazette tyder videre på at det heller ikke er en omvendt proporsjonal sammenheng mellom eksponering og valg, da Organon har hatt insentiver til å drive markedsføring som følge av patentperioden, og siden dette helt klart er tendensen i forbindelse med NOAKene. Basert på uttalelsene fra legene om at de foretrekker p-piller fremfor minipiller for kvinner uten spesielle hensyn, har Cerazette trolig hatt en urimelig høy årlig vekst de siste seks år. Kvinners store gjennomslagskraft hva angår egne preferanser, tilgjengelig informasjon, og det faktum at media har blåst opp skrekkeksempler ved bruk av vanlige p-piller, kan på motsatt side rettferdiggjøre en stor del av veksten til preparatet. I tillegg har totalantallet av brukere av hormonell prevensjon i pilleform økt de siste årene (vedlegg 4), og noe av økningen skyldes trolig den utvidede målgruppen som anbefales hormonreduserte minipiller i kvinner som har gjennomgått et svangerskap eller er over 35 år. Tidligere var det kun den lite brukervennlige minipillen i Conludag som var tilgjengelig, men tilkomsten av Cerazette har medført at det nå eksisterer et fullverdig substitutt til de vanlige kombinasjonspillene. Denne studien omfatter riktignok unge kvinner under 35 år, men statistikken i figur 8 og tabell 5 gjenspeiler ikke dette. Totalt sett vil andelen brukere over 35 år sannsynligvis ikke utgjøre en stor del, men det er verdt å nevne at det kan gi utslag på omfanget og veksten til Cerazette.

Det foreligger altså rimelige grunner til at Cerazette har høy prevalens og stadig opplever vekst, men sett i sammenheng med empirien fra intervjuene er ikke dette utelukkende logisk. En betydelig andel markedsføring av produktet i seg selv kan være en medvirkende årsak til den ubevisste og, i følge legene, ikke nødvendigvis foretrukne vridningen i bruken av Cerazette. Det er uheldig dersom ytre påvirkning som ikke er medisinsk begrunnet får stor innvirkning på legene. Det foreligger imidlertid for mange faktorer som potensielt kan rettferdiggjøre atferden, og siden legene hensyntar pasientens interesser gjennom handlefrihet, er det ikke mulig å si noe om en eventuell uheldig vridning som følge av markedsføring.

5.2.3 Inhalasjonsmedikamenter

Seretide er et velkjent og mye brukt inhalasjonsmedikament for astma og KOLS-pasienter, med en generisk utfordrer i Airflusal. Siden suboptimal behandling forekommer hyppig ved feilbruk av inhalatorer, antas det at Airflusal, som ikke kvalifiserer til medisinbytte i apotek grunnet ulik teknisk bruk, må innta markedet ved å bli eksplisitt forskrevet av legene. Legene må igjen ha kunnskap og gjerne besitte en demo-inhalator til bruk ved opplæring av pasienter. Ved å studere legenes kjennskap til Airflusal og eksponeringen for produsenten Sandoz er det mulig å kunne si noe om legenes praksis i forhold til tidligere oppgitte viktige faktorer ved valg av behandling, markedsføringens omfang og eventuelt innhold, tidsaspekt for å bli innlemmet i legers praksis og kunne se konsekvensene ved å hindre medisinbytte i apotek.

5.2.3.1 Statistikk fra reseptregisteret

Seretide har lenge vært markedsdominerende innen inhalasjonsmedikamenter, og siden Airflusal relativt nylig fikk MT eksisterer det kun statistikk fra år 2014 når det gjelder markedsutviklingen med de to aktørene. Reseptregisteret oppga følgende data på forespørsel:

ÅR 2014	Antall individer	Prevalens pr 1000	Utsalgspris	Def. døgndoser
Seretide Diskus	76 093	14,8	236 290 952	17 252 588
Airflusal Forspiro	322	0,1	411 440	32 310

Tabell 6: Nøkkeltall for inhalasjonspreparatene på nasjonalt plan for 2014 (Reseptregisteret, se vedlegg 5).

5.2.3.2 Resultater fra dybdeintervjuer

Fire av seks allmennleger besvarte at de ville valgt Seretide på det åpne spørsmålet om hva de generelt ville valgt av et inhalasjonspreparat. Turnuslegene erkjente at de aldri hadde vært i en setting der de skulle starte opp KOLS eller astma-behandling, men fire av seks sa likevel at de ville valgt Seretide. Det kom tydelig frem fra begge grupper at det er veldig mange varianter av inhalatorer, noe som gjør det vanskelig å få oversikt og kunnskap om de ulike typene. Dette gjør at legene kjører en strategi der de velger et preparat som fungerer og holder seg konsekvent til dette. Samtlige 12 leger erklærer at opplæring er særdeles viktig ved inhalasjonsmedisinering og ti av legene setter et krav til at de skal utføre opplæringen og kontrollere for pasientens håndtering selv. De resterende to sier at dette gjøres i apoteket. På spørsmål om de hadde hørt om Airflusal, hadde tre av allmenn- og to av turnuslegene noe kjennskap. Én av allmennlegene hadde nylig hatt besøk av en markedsfører av Airflusal:

”Jeg hadde ikke skrevet ut preparatet med mindre han hadde vært på besøk. Det er et veldig brukervennlig preparat - det virker mye bedre rent bruksmessig. Compliance har jo mye å si! Medisinsk er det kanskje ikke så stor forskjell.” (Intervjuobjekt 7)

5.2.3.3 Resultater fra surveyen

På spørsmål om hvilket inhalasjonspreparat de ville valgt til en pasient som oppfyller den aktuelle indikasjonen, svarte 89% at de ville valgt Seretide, der alternativene Seretide, Airflusal og ”andre” var oppgitt. Det var ingen forskjell av betydning mellom de med og uten erfaring fra allmennpraksis. De som velger Seretide har i noen større grad vært eksponert for produsenten i GSK fremfor Sandoz, men dette er ikke veldig markant. I tillegg har 81 av de 89 som velger Seretide kun hørt om ett av de to produktene, og derfor er det naturlig at de velger preparatet. Det er kun tre som totalt sett velger Airflusal, så det er ikke mulig å trekke noen slutninger ut i fra disse resultatene i seg selv, annet enn at preparatet virker lite kjent. Ved å krysstabulere for hvilke eksterne faktorer som har betydning for valget og eksponering for legemiddelprodusenter gitt et valgt preparat, eksisterer det ingen funn.

5.2.3.4 Analyse av valg av inhalasjonspreparater

Flere av legene fra intervjuene understrekte at brukervennlighet og compliance er spesielt viktig ved behandling med bruk av inhalatorer. Videre bekrefter legene den forutinntatte antagelsen om at de vil gjennomføre opplæring og kontrollere korrekt bruk selv, og at dette derfor ikke skal gjøres i apotekleddet. Dette tyder på at det foreligger en sterk indre motivasjon, der ansvaret for korrekt bruk til pasientens beste står høyt i fokus. Grunnet mangel på tid har ikke legene mulighet til å bedrive en omfattende kvalitetsbedømmelse av de ulike inhalatorene, og det foreligger en kostnad forbundet med å tilegne seg kunnskaper om nye inhalatorer. Siden kvaliteten i stor grad avhenger av praktisk utførelse, tilstreber de å inneha et høyt informasjonsnivå for noen preparater som kan videreformidles til pasienten. Tillitsgodet fungerer dermed godt ettersom legene gjennomgående har effektiv bruk, som igjen sikrer høy compliance, i fokus, der god praktisk utførelse sikrer pasientens interesser. Legemiddelverkets beslutning som forhindrer medisinbytte i apotek på bakgrunn av ulikhet i utløsningsmekanismen for inhalatoren bidrar ytterligere til å sikre pasientens interesser, da det forhindres at opplæringen ikke samsvarer med den inhalatoren man uthenter på apoteket. Avgjørelsen kan derfor sies å være begrunnet dersom forskjellen utgjør en tilstrekkelig risiko.

Markedsføring

Med et marked med potensiale for stor inntjening og en kronisk pasientgruppe som er avhengig av preparatet i et langsiktig perspektiv, foreligger det insentiver til å drive aktiv markedsføring og oppnå posisjon som foretrukket preparat. Merkevarerbygging og betydningen av å være først på markedet er særdeles viktig, og byttekostnadene ved å lære seg praktisk bruk av nye inhalatorer virker store for legene. Jo større krav til korrekt bruk og jo

mer sammensatt preparatet er (medikament óg inhalator), jo større virker betydningen av å være først og få markedsrett i patentperioden. Utviklingskostnadene forbundet med denne typen preparater er i tillegg mye større, så potensialet for stor inntjening og en sterk markedsposisjon gir insentiver til å satse på produktutvikling.

Generiske aktører driver i mindre grad markedsføring enn den opprinnelige opphavsaktøren, og insentivet til markedsføring synker etter endt patentperiode grunnet mindre profittmarginer. Et fåtall av legene har hørt om Airflusal, og den ene allmennlegen som hadde hatt besøk av en utsending og derav foretrakk preparatet, var imidlertid helt overbevist om at dette var et bedre preparat rent bruksmessig. Det er vanskelig å si om dette er grunnet en objektiv overbevisning, effekten av at det ligger lettest tilgjengelig i minnet eller en eventuell misvisende fremstilling fra produsentens side. Legen erklærte i samme anledning at de to preparatene mest sannsynlig var omtrent like rent medisinsk, noe som indikerer at det var selve mekanismen ved bruk som gjorde Airflusal bedre egnet. Omfanget av markedsføringen er muligens stort, men det tar tid å nå de mange legene som er lokalisert i små enheter på kontorer. Det er ikke dekning for å si noe om innholdet i informasjonen, men det ene tilfellet antyder at det fokuseres på praktisk bruk fremfor den (like) medisinske effekten.

Det faktum at produsenten må oppsøke legen for å bli foretrukket, et strengt regelverk når det gjelder markedsføring av legemidler, legers frustrasjon over de mange preparatene innenfor inhalasjonsmedikamenter, og et synkende inntjeningspotensiale grunnet statens prisreguleringer i trinnpriser og makspriser, sår tvil om det eksisterer tilstrekkelige med insentiver til å utfordre den dominerende markedsaktøren. Statens innskrenking av medisinbytte i apotek virker fornuftig med hensyn til pasienten. Spørsmålet er om regelverket for markedsføringen gjør at et bedre preparat ikke får innpass i markedet og bidrar ytterligere til å gi første aktør stor markedsrett, og dermed også signaliserer høye etableringsbarrierer i forhold til fremtidige aktører i samme situasjon. Produktinformasjon er en nødvendighet for optimal bruk i tilfellet med inhalatorene, og *for* mye regler kan i så tilfelle være ufordelaktig og til hinder for pasientens interesser. Balansen mellom regler for markedsføring til helsepersonell, antall varianter/aktører på markedet, medisinbytte i apotek og oppstilte retningslinjer må vurderes nøye for å sikre et optimalt tillitsgode.

5.3 Legemiddelindustrien

De tre medikamentsituasjonene samt resultatene fra den første delen implementerer betydningen av industrien både direkte og indirekte. I denne delen blir derfor resultater og analyse i stor grad sett i sammenheng med hva som er oppgitt i de to andre delene.

5.3.1 Resultater fra dybdeintervjuer

Legene ble spurt om hvilket forhold og assosiasjoner de har til industrien. Fem av seks turnusleger sier de har liten erfaring eller et ikke-eksisterende forhold til industrien og at de generelt forholder seg skeptiske. De ytrer videre at dette er mye mer utbredt i allmennpraksis.

”Jeg vet at de har en økonomisk agenda, og de har ikke bare pasientens beste som sitt hovedformål, selv om dette er det overordnede, uttalte formålet.” (Intervjuobjekt 5)

Tre av seks allmennleger sier de har et godt forhold til industrien, men at de er bevisste på å ta forskningen deres med en klype salt. Samtlige av allmennlegene sier at de bombarderes med reklame i posten og ønsker om legemiddel-lunsjer, men at de er tilbakeholdne med å la de få komme og kaster tilsendt reklame rett i søpla. Enkelte av representantene fremstår som pålitelige og jordnære, mens andre bærer preg av å ha pugget et manus.

”Jeg har kanskje et litt tettere samarbeid med Novartis – de er pålitelige og har ålreite representanter. Deres kurs og foredrag er interessante. (...) Generelt sett har vi en policy på at vi ikke har representanter på besøk ved vårt kontor.” (Intervjuobjekt 8)

Intervjuobjektene mener også at et konkurransemarked bidrar til utvikling av gode produkter.

”Vi kan ikke si at industrien kun er forferdelig når vi er såpass avhengig av den, men jeg har ingen tro på at det er en ren og samvittighetsfull bransje.” (Intervjuobjekt 12)

Forum der industri og leger møtes er i følge turnusleger mest utberedt i allmennpraksis i form av møter i jobbsammenheng. Allmennlegene hevder selv at de fører en relativt strikt policy når det gjelder å tillate representanter fra industrien å komme i lunsjen, og at de foretar en kritisk evaluering av hva de eventuelt ønsker informasjon om. Tre allmennleger sier at de kun har et par møter i året, mens to sier de treffer representanter hver uke. Turnuslegenes oppfatning om utbredelsen av møter i allmennpraksis samsvarer ikke med allmennlegenes respons, og dette kan indikere at allmennlegene ytrer et undervurdert bilde på sannheten eller at det foreligger et skjevt utvalg. Ingen av intervjuobjektene oppstiller produsentinformasjon som en av de viktigste eksterne faktorene for valg av medikamentell behandling.

”Min yrkesære er å være så nøytral som mulig og ikke bli påvirket av industrien. De gjør sikkert en bra jobb, men jeg har mine etiske regler.” (Intervjuobjekt 11)

Påvirkning

Samtlige intervjuobjekter mener at leger i en eller annen form blir påvirket av industriens markedsføring, og alle med unntak av én allmennlege innrømmer at de selv også blir påvirket. To av turnuslegene gir uttrykk for at de syns det virker som at opprydningsprosessen i forhold til leger og industri har vært bra og nødvendig for å ikke miste tilliten i befolkningen, og allmennlegene med lengst fartstid bekrefter at det er skjedd en endring i disse relasjonene. Det er også bred enighet om at legemiddelindustrien er en absolutt nødvendighet i dagens samfunn, der behandling av sykdommer i stor grad baseres på medikamenter. Eksponering er derfor viktig for å bli oppdatert og få nye medikamenter på dagsordenen.

”Sannsynligvis blir jeg mer påvirket enn jeg har tenkt - jeg prøver å ikke bli påvirket! Foreløpig blir jeg mest påvirket gjennom at andre, mer erfarne kollegaer blir påvirket. Samtidig må vi jo ha informasjon om nye medikamenter.” (Intervjuobjekt 6)

Allmennlegene som har vært lengst aktive henviser til at det er skjedd en endring siden tiden på 90- og 2000-tallet hvor tendensen var den at industrien inviterte på studieturer og kurs som både var interessante og nyttige. De legger ikke skjul på at dette kan ha hatt en innvirkning på deres innstilling til produsenten, men at de ikke har følt seg bestukket. Bindingene til industrien er færre i dag enn tidligere, men allmennlegene tror at det fortsatt skjer ting i kulissene som ikke er i overensstemmelse med ønskelig praksis.

”Noen leger har altfor sterke bindinger til industrien. Dette er uheldig. Når jeg ser på pasienter som har vært hos private kontra offentlige institusjoner, hender det at de private aktørene i større grad velger nyere og dyrere preparater.” (Intervjuobjekt 12)

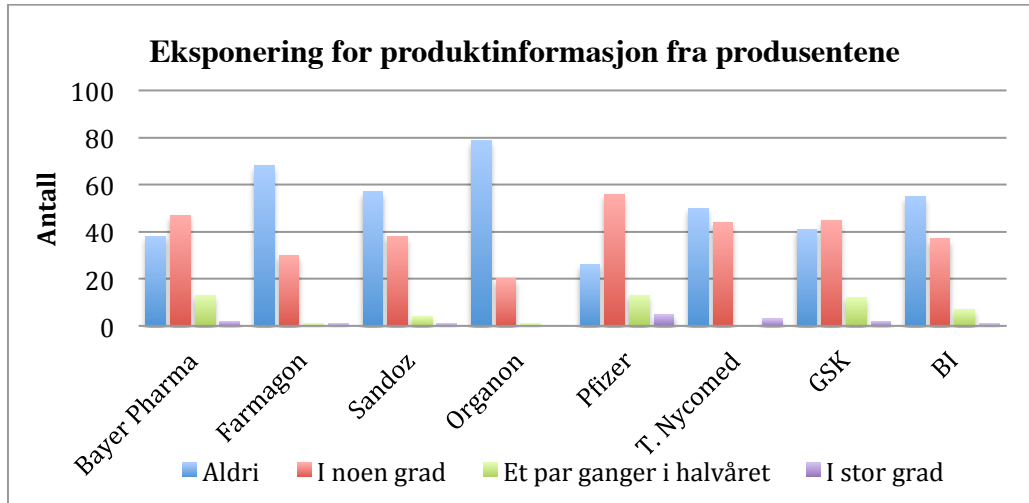
Eksponering

”Industrien benytter gjentakende gjenkjennelse i sin markedsføring, og dette påvirker oppmerksomheten mot et preparat. De prøver å nå oss gjennom flere kanaler. Såkalte motemedisiner som ligger fremme i hukommelsen påvirker valget.” (Intervjuobjekt 7)

Da intervjuobjektene ble spurt om eksponering for de ulike legemiddelprodusentene, verserte det en tvil om omfanget av spørsmålet. De spurte derfor om en nærmere utdypning, og det ble henvist til at eksponering her betyr om de har mottatt reklame, hørt om eller sett selskapet i en eller annen form. Både turnus- og allmennleger har i stor grad vært eksponert for Pfizer, Takeda Nycomed (TN), Sandoz, Bayer, GSK og BI. Det er en lavere tendens til at de har vært utsatt for Organon og Farmagon. Sistnevnte er ikke så rart, da selskapet i etterkant av datainnsamlingen har blitt avdekket som et skandinavisk leasing-selskap som produserer medikamenter på bestilling fremfor å inneha patentrettigheter og opphavsretter.

5.3.2 Resultater fra survey

I surveyen ble det stilt spørsmål om respondentene hadde vært eksponert for produktinformasjon fra et antall produsenter, der de også skulle spesifisere hyppigheten på en skala gitt i svaralternativer. Resultatene fremgår i figuren under.



Figur 10: Eksponering for produktinformasjon fra legemiddelprodusentene.

Ordlyden på spørsmålet om eksponering for industrien er mer eksplisitt i surveyen enn i dybdeintervjuene, da spørsmålet tydelig presiserer om respondenten har vært ”eksponert for produktinformasjon” fra de ulike produsentene. Tendensen er den at legene som har vært innom allmennpraksis i litt større grad svarer at de har vært utsatt for eksponering for samtlige produsenter. Dette er ikke overraskende, da eksponering er mer praktisk gjennomførbart på et legekontor for en selvstendig næringsdrivende fremfor i en mer regulert sykehussetting. Totalt sett er det et overveiende flertall i surveyen som svarer at de aldri eller kun i noen grad har vært eksponert for produsentene, til forskjell fra både allmenn- og turnusleger i dybdeintervjuene. Det er mulig at det foreligger en ulik tolkning av spørsmålet, der respondentene i surveyen vektlegger en mer aktiv markedsføring. I tillegg kan det foreligge en bias ved at markedsføringen fokuserer på preparatnavn fremfor produsentnavn, og i så tilfelle vil ikke all eksponering fanges opp ved at spørsmålet relateres til produsenten. Dette gjelder imidlertid for begge undersøkelsene og kan derfor ikke forklare forskjellen.

5.3.3 Analyse av resultater

Sitatet om at det eksisterer uheldige bindinger mellom enkelte leger og industrien indikerer at det kan foreligge ytre motivasjonsfaktorer av belønningsmessig art ved samarbeid utover oppsatte rammer. Lukkede kretser og det faktum at studien i sin helhet har vært vanskelig å gjennomføre tilsier også at dette er et område som er lite egnet for overvåkning, og at sosiale motivasjonsfaktorer trolig ikke får like stor gjennomslagskraft. Motsatt er det tydelig at det

foreligger en høy indre motivasjon relatert til yrkesstolthet samt ansvar og meningsinnhold for eget arbeid blant legene. Dette fremkommer særlig i intervjuene, der legene presiserer flere ganger at de primært hensyntar pasienten og holder industrien på en armlengdes avstand for å sikre et objektivt valg. Legene uttrykker også sitt ambivalente forhold til industrien, der den er en nødvendig og avgjørende faktor for at helsevesenet har nådd sin nåværende høye kvalitet, men at det også kan medføre uheldige vridninger i utvikling og utrygg bruk av medikamenter når de økonomiske interessene er såpass store. Oppriktig og uttømmende informasjon er særlig vanskelig å tilegne seg for nye preparater uten tilstrekkelig dokumentasjon, både grunnet lite kjennskap generelt, industriens økte økonomiske insentiver, og omstendigheter som i større grad muliggjør å tilbakeholde informasjon i patentperioden. Legene erkjenner viktigheten av å få nye preparater på dagsordenen og at markedsføringen fra produsentens side har positiv informasjonsverdi til pasientens fordel. All markedsføring er helt klart ikke uheldig, men heller nødvendig i den grad at *bedre* preparater blir kjent og rekvirert av legene, i tillegg til at legene blir oppdatert i en travel hverdag hvor mangel på tid er en utfordring for å drive informasjonssøking på egenhånd. Tilfellet med inhalasjonspreparatene belyser at strenge regler og en innskrenkning i medisinsbytte i apotek kan forsinke gode produkter i å få innpass i markedet, selv om hovedintensjonen er å ivareta pasientens interesser.

Utfordringene i forhold til eksponering for legemiddelprodusenter og eventuelle uheldige vridninger er størst når informasjonsnivået er svekket, siden det da er vanskeligere å foreta en kvalitetsbedømmelse. Det vil alltid være en viss risiko knyttet til bruk av nye, og for så vidt eldre, medikamenter. Legene har behov for informasjon fra produsentene uten at dette trenger å karakteriseres som smøring eller urimelig påvirkning. Omstendighetene i markedet gjør det krevende å drive overvåkning av legenes atferd og bindinger, og det er vanskelig å ta noen på en medisinsk avgjørelse, da man alltid kan dekke seg bak ”god erfaring” med et preparat. I en forelesning om industrien fortalte professor Slørdal om sin erfaring med industrien, der det kreves signering av en kontrakt som innebærer en mangeårig taushetsplikt når det gjelder alt som skjer i forbindelse med arrangementer utover det nøkterne. Dette eksempelet underbygger utfordringen med å overvåke relasjonene mellom leger og industri. Moralen ser dog ut til å stå sterkt blant legene: Allmennlegene forhindrer feilaktige forskrivninger ved å være tilbakeholdne og skeptiske til nye preparater, mens turnuslegene rådfører seg med mer erfarne kollegaer. Behovet for produktinformasjon er størst og mest kritisk for nye preparater, da det er vanskelig for leger å bedømme kvaliteten og dermed utfordrende å ivareta pasientens interesser i tillitsgodet.

Markedsføring

Basert på legenes utsagn er det tydelig at produsentene benytter et bredt spekter av kommunikasjonsformer innenfor de rammer som er lov, og dette er både til informasjon og irritasjon for legene. Representanter utsendt fra produsentene er også i stand til å skape tillitsforhold eller misnøye avhengig av hvordan deres fremtreden oppleves, og dette kan videre gi opphav til et tettere eller mer distansert samarbeid. Legenes selektivitet med hensyn til tematikk, behov og verdsettelse av informasjon fra produsentene taler i retning av at de ønsker at markedsføringen skal tilføre verdi som gagnar pasientene. Den uttalte skepsisen og mindre utbredte eksponeringen for produsentene indikerer ytterligere at legene er bevisste på markedsføringens mulige innvirkning på valget av behandling. Det er imidlertid sannsynlig at det foreligger et skjevt utvalg eller at allmennlegene undertrykker sine relasjoner til industrien, siden flere av turnuslegene i intervjuene uttaler at eksponeringen i større grad forekommer på legekontorer, enn hva allmennlegene gir uttrykk for. Resultatene i surveyen indikerer også at turnuslegene med erfaring fra allmennpraksis i noen større grad oppgir at de har vært eksponert for industrien.

I tilfellet med Eliquis der produsenten selv hevder at preparatet har mindre risiko for alvorlige bivirkninger, men hvor statistikken fra Legemiddelverket sier det motsatte (vedlegg 2), er det et tydelig misforhold i informasjonen fra de to aktørene. Om produsentens påstander baseres på en mer omfattende, internasjonal statistikk eller om dette er et eksempel på en forvridd sannhet, går utover studiens omfang og er vanskelig å si noe om. Likevel er preparatet fremdeles relativt nytt, så uansett kan det virke litt tidlig å si noe bestemt om bivirkninger, da dette må baseres på flere års forskning. Legenes skepsis og bevissthet rundt produsentens tendens til å blåse opp fordelaktige effekter er en buffer mot denne typen utfordringer og ivaretar hensynet til pasientens sikkerhet. Eksempelet belyser også at Legemiddelverket trolig fører en egen, produsentavhengig statistikk, noe som sikrer et godt grunnlag for utarbeidelse av retningslinjer.

Basert på empirien fra undersøkelsene, særlig fra intervjuene, er det ingen tegn til at industrien driver markedsføring utover oppstilte retningslinjer og regelverk. Som det er påpekt ved flere anledninger kan markedsføringen medføre vridninger som er uheldige eller nødvendige for produktutvalget som tilbys pasienter.

6 Konklusjon

I det følgende vil det presenteres konklusjoner og en kort oppsummering i forhold til de hovedfunn og analyser som er gjort i kapittel fem. Aspektene ved studiens problemstilling gjenspeiles i de neste avsnittene.

6.1 Konklusjon

6.1.1 Eksterne faktorer av betydning for valg av medikamentell behandling

Omstendighetene rundt valg av medikamentell behandling er tydelig tilfredsstillende i følge legene selv. Alt fra kunnskaper tillært i studiet, tilstrekkelig mengder informasjonskanaler, oppstilte retningslinjer og opplevelsen av et godt tilgjengelig behandlingstilbud tilsier at det ikke foreligger noen klare begrensninger i forhold til å kunne gjøre et korrekt valg. Mangelen på tid gir noen utfordringer i forhold til å innhente informasjon og å holde seg oppdatert på de siste anbefalinger innen behandling, og medfører også innarbeidelse av vaner.

Det fremkommer av resultatene at brukervennlighet, compliance og forskning er eksterne faktorer av betydning for valg av medikamentell behandling. Basert på de empiriske undersøkelsene foreligger det en forskjell i hva allmenn- og turnusleger selv vektlegger mest ved valget. Allmennleger erklærer at *kjennskapen* til preparater har stor betydning, og de uttrykker en tydelig defensiv holdning til å ta i bruk nye medikamenter. Deres ettertrykkelige ønske om å lære av andres feil tilsier at de har et stort fokus på ivareta hensynet til kvalitetsbedømmelsen i tillitsgodet. Vaner er integrert i fastlegers hverdag, men disse fremgår igjen av erfaringer og en tidligere veloverveid vurdering. Et vesentlig problem i tilknytning til dette er dersom suboptimale valg, både for pasientens og statens del, blir et inngrodd mønster som vanskelig lar seg endre i retningslinjer.

Allmennleger opprettholder likevel informasjonsnivået og ytterligere kvalitetsbedømmelse ved at de adopterer praksis i spesialisthelsetjenesten. Det er av hensyn til pasientens beste at de ikke endrer en allerede oppstartet behandling for oppfølgingspasienter som er utskrevet fra sykehuset, og som det fremgår av empirien har trolig slike pasienters medikamentlister stor innvirkning på allmennlegers valg generelt. Spesialister jobber i stor grad på sykehusene, og de kan sies å være gode kilder til hva som er beste og mest oppdaterte praksis. På en annen side er leger ved sykehus i stor grad styrt av retningslinjer og metodebøker. Nøkkelpersoner som utarbeider disse vil dermed inneha stor makt, og deres kvalitetsbedømmelse og motivasjon for å ivareta pasientens interesser er dermed av stor betydning. Studien omfatter

ikke noen videre utdypelse av dette leddet, men et fungerende tillitsgode i valg av medikamentell behandling avhenger av hva som ytres fra slike utvalg, *særlig* for nye preparater når informasjonsnivået er svekket. I lys av figur 1 som viser agentens (legens) posisjon i forhold til omgivelsene, er det altså relasjonen til de statlige føringene i retningslinjer, nøkkelpersoner og utvalg som er av stor betydning for valget.

Turnuslegene er som forventet i betydelig grad styrt av retningslinjer, metodebøker og kollegaers valg. Ansienniteten står sterkt innen legeyrket og beskytter pasientene ved at eldre legers valg, som baseres på egenerfaringer, får utspill via turnuslegene. Dette minimerer risikoen for alvorlige feil og er antagelig beste måte å lære på som nyutdannet lege. Ekspertgruppen som utarbeider metodebøker vil også her ha stor innvirkning på valget. Faren ved ansiennitetens gjennomslagskraft er at eventuelle irrasjonelle valg forplanter seg og bidrar til å gi opphav til fremtidige vaner hos en ny generasjon leger. Hensynet til pasienten og de fatale konsekvensene som kan inntreffe ved feilbehandling veier tyngst, og i den anledning vil erfarne legers kunnskaper ivareta rett dynamikk i tillitsgodet.

Empirien indikerer også at turnusleger er betydelig mindre skeptiske til nye medikamenter enn allmennleger, der de henviser til at preparater kan forskrives så lenge de er godkjent av Legemiddelverket. Liten fartstid gjør at vaner enda ikke er fullt så innarbeidet blant yngre leger, og de har trolig lite erfaring med at feil valg har gitt alvorlige følger. Siden turnuslegene baserer sine valg på kollegaers valg utgjør ikke dette en betydelig trussel, og det kan også sies å fungere som en motvekt til ansiennitetens vaner. Det er ingenting som tilsier at turnuslegers mer åpne innstilling er et resultat av feil intensjoner og interesser.

6.1.2 Valg i praksis

Allmennlegene oppgir som nevnt at de legger stor vekt på kjennskapen til preparater de forskriver. På bakgrunn av de empiriske undersøkelsene om antikoagulantia ser det likevel ut til at medikamenter som blir innlemmet i retningslinjer og benyttet i spesialisthelsetjenesten blir forskrevet av allmennlegene, uavhengig av alderen på preparatet og alvorlighetsgraden på potensielle bivirkninger. Marevan er helt klart det mest kjente preparatet, men et overveiende flertall ville startet opp med et NOAK. En del av grunnen til at allmennlegene innlemmer NOAKene skyldes trolig at oppstart av behandling allerede er skjedd i sykehuset og at de er åpne for et substitutt til det lite medgjørlige preparatet, Marevan. Dette eksempelet belyser i større grad at legene tar hensyn til brukervennligheten ved et preparat og er villige til å foreta

endringer i forskrifter der det er rom for forbedring, fremfor at det avkrefter viktigheten av kjennskapen til preparatet. Tilfellet med antikoagulasjon indikerer tydelig at det foreligger en høy indre motivasjon til å ivareta pasientens interesser ved at de belønningsorienterte insentivene i kontrolltimer (INR) med Marevan undergraves av hensynet til brukervennlighet og minst mulig belastning i hverdagen for pasienten. Hensynet til brukervennligheten og compliance gjenspeiles også ved at det foretrukne preparatet i Xarelto inntas én gang daglig. Turnuslegene velger, som de oppgir, på bakgrunn av retningslinjer og råd fra kollegaer.

Flere av intervjuobjektene uttrykte at NOAK-produzentene for tiden er aggressive i sin markedsføring, og i lys av figur 1 foreligger det derfor en sterk ytre påvirkning i relasjonen mellom produsenten og agenten, der produsenten forsøker å innvirke på agentens valg. Produsentenes markedsføring ser ikke ut til å medføre noen uheldige vridninger annet enn at preparatene blir satt på dagsordenen, siden skiftene i prevalensen til NOAKene følger mønsteret i oppnådde godkjente indikasjoner og derfor de føringene som kommer fra den andre oppstilte, ytre faktoren i staten. Et svekket informasjonsnivå som utfordrer kvalitetsbedømmelsen gjør at legene i større grad responderer på endringer i forhold til preparatets godkjente bruksområde, og dermed følger anbefalingene fra spesialister som er best egnet til å vurdere mekanismene bak et nytt medikament. Ettersom alle de tre NOAKene offisielt har blitt godkjent for relativt like indikasjoner i april 2015, vil sannsynligvis relasjonen mellom industrien og agenten i legen ha større betydning for valget i fremtiden. Tillitsgodet fungerer godt ved at mer brukervennlige og potensielt bedre preparater blir innlemmet i NOAKene, i tillegg til at rådene fra ekspertisen blir fulgt. Det er imidlertid svært viktig at det foregår en pålitelig godkjenningssprosess og at ekspertgrupper opptrer redelig, da deres godkjenninger og anbefalinger har stor innvirkning på legers atferd.

I forbindelse med valg av hormonell prevensjon i pilleform er det oppstilt konkrete førstevalg fra statens side, og grunnet utgåtte patentperioder, generisk konkurranse og et bredt produktspekter i substitutter, er insentivet for å drive markedsføring fra produsentenes side i stor grad fraværende. Grunnet velkjente preparater og tilgjengelig informasjon vil prinsipalen (pasienten) ha sterke preferanser i denne situasjonen, og empirien indikerer tydelig at agenten er villig til å etterkomme prinsipalens ønsker, så sant det ikke er spesielle hensyn som må vektlegges. Tillitsgodet fungerer i den grad at pasienten blir fornøyd og finner utfallet tilfredsstillende når legen hensyntar dens ønsker og forskriver det foretrukne preparatet. Det som imidlertid er problematisk er når pasientens preferanser *ikke* samsvarer med hva som er

til dens eget beste, men likevel får gjennomslag for sine ønsker. Dette er tilfelle for det aktuelle eksempelet med hormonell prevensjon, der det dyrere og ikke oppstilte førstevalget i Yasmin blir urimelig mye forskrevet. Resultatene tilsier også at legene selv ikke oppstiller minipillen Cerazette som et foretrukket førstevalg, men i lys av statistikken i figur 8 opplever dette preparatet en entydig vekst og innehar høyest prevalens. Som nevnt i analysedelen kan det imidlertid være mange grunner til at Cerazette blir forskrevet, deriblant at det er det eneste, gode preparatet i sitt slag, eller det kan være senvirkninger av en tidligere antatt mer aggressiv markedsføring. Poenget er uansett at handlefriheten som fremkommer tross klare oppstilte førstevalg fra statens side gir rom for suboptimale valg av medikamentell behandling, når hensynet til å ivareta prinsipalens preferanser ikke samsvarer med hva som er til dens beste, både rent medisinsk og økonomisk. Tillitsgodet fungerer dermed ikke optimalt, og det burde kanskje vært enda klarere føringer i relasjonen mellom staten og prinsipalen.

Hensynet til prisen er fraværende for både blå og hvite resepter. Legene ytrer at de ikke føler press på at de forvalter statens penger og dette bekreftes ved at de ikke hensyntar prisen ved blå resept, som illustreres i situasjonen med antikoagulantia. Det faktum at de ikke kan si noe mer konkret enn at NOAKene er dyrere enn Marevan når prisforskjellen på *én døgndose* er minst 19,23 kroner, og at de nye blir billigere etter hvert, viser tydelig at legene ikke ser på prisen. De verdsetter og forholder seg til de rammer som er oppstilt av staten, men innenfor dette handlingsrommet gjør de ingen økonomiske vurderinger i form av sammenligning av priser. Dette tilsier at retningslinjer og føringer fra staten er nødvendig rent samfunnsøkonomisk.

Legene hevder at de i større grad ivaretar pasientens interesser i forhold til pris dersom det er snakk om hvit resept, men valg av den hormonelle prevensjonen indikerer at dette ikke er tilfelle. Turnuslegene ser ut til å følge de oppstilte anbefalingene i mangel på egenerfaring, men valget virker noe mer tilfeldig og basert på vaner blant allmennleger, og dette kan totalt sett medføre betydelige økonomiske konsekvenser for pasienten på årsbasis. Det hele forstås som en ubevisst handling fra legenes side uten noen tungtveiende begrunnelser. Årsaken til atferden er trolig et resultat av tillagte vaner i mangel på tid og strukturer i en yrkeshverdag uten krav til oppdateringer, som igjen medfører at preparater som ikke er livsnødvendige og dermed ikke inngår i blåreseptordningen nedprioriteres med tanke på informasjonsinnhenting. Pasienten henter som nevnt mye informasjon selv og har personlige preferanser, og legene stoler tilsynelatende på pasientens vurderinger og gjør ingen videre prismessig evaluering.

Tilfellet med inhalasjonspreparatene belyser problematikken når de ytre faktorene i prinsipalens omgivelser blir endret, her ved at staten pålegger flere restriksjoner som hindrer medisinbytte i apotek og ved at allerede strenge regler for markedsføring begrenser produsentens mulighet til å få innpass i markedet. Den økte reguleringen fra staten begrunnes i en redusert risiko for suboptimal behandling ved at pasienten sikres å få utlevert samme preparat som den har kjennskap til. Hensynet til pasientens interesser gjør dermed at begrensningen i medisinbyttet virker hensiktsmessig. Motsatt kan for strenge reguleringer, både når det gjelder markedsføring og medisinbytte, forsinke og kanskje også forhindre at pasienter får tilgang til et optimalt utvalg av preparater, og signalisere lave insentiver for fremtidige generiske aktører til å satse innenfor markeder for lignende preparater. Omstendighetene rundt prinsipalens relasjoner til de to eksterne faktorene i figur 1 kan dermed medføre at det tilgjengelige behandlingstilbudet ikke er optimalt, og at strukturene rundt tillitsgodet i noen grad utfordrer prinsipalens interesser.

6.1.3 Legemiddelindustrien

Empirien fra undersøkelsene indikerer tydelig at legene er skeptiske til legemiddelindustrien og dens agenda. De er bevisste på deres økonomiske interesser, og har enten hørt om eller erfart tilfeller der produsentavhengig informasjon ikke gir det korrekte bildet. Dette kan også bekreftes i eksempelet med Eliquis, der produsenten hevder at det er en mindre alvorlig blødningstendens for dette preparatet, mens tall presentert av Legemiddelverket viser det motsatte. Behandlingen i det norske helsevesenet baseres i stor grad på medikamenter, noe som gjør at vi er avhengige av legemiddelindustrien. Dagens behandlingstilbud innehar et høyt nivå, og industrien skal ha en stor del av æren for dette. Produktinformasjon er nødvendig for å sette nye og bedre preparater på dagsordenen som fremmer best mulig tilbud for pasientene, men samtidig er det åpenbart viktig å regulere markedsføringen for å ha en form for kontroll over relasjoner mellom leger og industri.

Det bekreftes at opprydningsprosessen mellom leger og industri har skapt mindre rom for uheldige vridninger som følge av bindinger, men at det fortsatt eksisterer relasjoner utover hva som er oppstilt i rammeverket. I følge allmennlegene selv har de relativt få årlige møter med produsenten, mens turnuslegene hevder at lunsj-besøk er relativt utberedt hver uke. Turnuslegene i studien har hatt manglende erfaring fra allmennpraksis, men likevel kan deres påstander indikere at allmennlegene ytrer et undervurdert bilde på sannheten, eller at det foreligger en skjevhet i utvalget. Den antatte biasen i at produsentnavnet trolig blir tilsidesatt i

forhold til preparatnavnet i markedsføringssammenheng, bidrar sannsynligvis til at den oppgitte eksponeringen for industrien er noe lav og ikke nødvendigvis gjenspeiler virkeligheten. Produsentene har et stort insentiv til å opparbeide relasjoner til nøkkelpersoner med høy faglig kompetanse eller besittelse av viktige stillinger, siden deres praksis har stor tyngde i miljøet blant kollegaer og adopteres via retningslinjer eller ansiennitetens kraft.

6.1.4 Oppsummering

Det foreligger tydelige indikasjoner på at legene i stor grad følger retningslinjer og spesialisters praksis når de er usikre på et valg av medikamentell behandling, enten i form av manglende kjennskap eller at produktet er lite utprøvd. Egenerfaringer som blir opparbeidet etter mange års praksis danner grunnlaget for legers valg og gir opphav til vaner, men likevel er de tilbøyelige til å innta ny informasjon og praksis i sin utøvelse. Tillitsgodet fungerer godt basert på at skepsis og risikoaversjon mot å påføre pasienten uheldige konsekvenser balanseres med villigheten til å innlemme nye preparater, der allmennleger er noe mer defensive i sin holdning.

Hensynet til prisen blir ikke fokusert på i noen omstendighet, og det eksisterer ingen beviser på at det er noen forskjell i om pasienten selv eller staten bærer kostnaden. Dette gir utslag i store økonomiske konsekvenser hvert år. Denne vridningen ser ut til å være et resultat av legers manglende tid og krav til oppdateringer, i tillegg til at legenes handlingsrom ikke utelukkende skal bestå av føringer fra staten. Dette medvirker igjen til å sikre at personer som oppsetter retningslinjer og rammer ikke innehar for stor makt.

Legemiddelindustrien er nødvendig, men det foreligger en generell skepsis til deres pålitelighet. Produsentene påvirker legers valg, bevisst eller ubevisst, men informasjon er også nødvendig for å få nye preparater på dagsordenen. Relasjonene forholder seg stort sett på et nøkternt nivå, men det foreligger trolig fortsatt bindinger som kan medføre uheldige vridninger. Den vedtatte lovendringer som trer i kraft i Sverige i januar 2016, der leger må oppgi sine bindinger til industrien, synes derfor å være berettiget og vil muligens medføre en endring i den delen av yrkespraksisen som er berørt av bindinger. Endringer kan enten bety en skjerping der uheldige vridninger reduseres, eller det kan innebære en mindre skjerpende holdning på bakgrunn av at antall bindinger ikke spiller noen rolle, når det likevel er offentliggjort at en lege har relasjoner til industrien. Dette burde vekke interesse i Norge.

Litteraturliste

Anderson, J. (2003) "*The international seafood trade*" (Cambridge, England: Woodhead Publishing Limited)

Anonym norsk professor tilknyttet medisinsk fagmiljø. Samtale november 2014.

Benz, M. A. (2007) "*Strategies in Markets for Experience and Credence Goods*" (Weisbaden: Deutscher Universitäts-Verlag)

Bore, S. (2012) "*Allmennleger og generisk bytte av legemidler*". Publisert i NTNU Open, BIBSYS. Tilgjengelig fra:
<http://brage.bibsys.no/xmlui/handle/11250/263937?show=full> (nedlastet 18.04.15)

Brochs-Haukedal, W. (2010) "*Arbeids- og Ledepsykologi*" (Oslo: Cappelen Damm AS)

Cooper, H. (1984) "*The Integrative Research Review*" (London: Sage Publications)

Darby, M. R. & Karni, E. (1973) "*Free Competition and the Optimal Amount of Fraud*", Journal of Law and Economics, Vol. 16

Deci, E. L. & Ryan, R. M. (1985) "*Intrinsic Motivation and Self-Determination in Human Behavior*" (New York: Plenum Press)

Denzin, N.K. (1970) "*The Research Act in Sociology*" (London: Butterworth)

Emons, W. (1997) "*Credence Goods and Fraudulent Experts*". The Rand Journal of Economics, page 1, Universität Bern, Sveits. Tilgjengelig fra:
http://staff.vwi.unibe.ch/emons/downloads/fr_expert_eng.pdf (nedlastet 08.04.15)

Fielding, N. G. & Fielding, J. L. (1986) "*Qualitative Research Methods Vol 4: Linking Data*" (California: Sage Publications Inc)

Ghag, P. (2013) "*Consumer Behaviour in Services 1*". Tilgjengelig fra:
<http://image.slidesharecdn.com/consumerbehaviourinservices-1-130718022009-phpapp02/95/consumer-behaviour-in-services-1-4-638.jpg?cb=1374132165>
(nedlastet den 14.04.15)

Ghauri, P. N. og Grønhaug, K. (2002) "*Research Methods in Business Studies: A Practical Guide, 2nd Edt.*" (London: FT Prentice Hall Europe)

Grønmo, S. (1996) "*Forholdet mellom kvalitative og kvantitative metoder i samfunnsforskning*" (Oslo: Universitetsforlaget)

Guba, E. & Lincoln, Y. (1985) "*Naturalistic Inquiry*" (Newbury Park: Sage Publications)

Guba, E. & Lincoln, Y. (1989) "*Fourth Generation Evaluation*" (Newbury Park: Sage Publications)

Halvorsen, K. (2003) "*Å forske på samfunnet: en innføring i samfunnsvitenskapelig metode*" (Oslo: Cappelen Damm AS, Akademisk Forlag)

Haukedal, W. (2005) "*Arbeids- og lederpsykologi*" (Oslo: Cappelen Damm AS)

Hellevik, O. (2002) "*Forskningsmetode i sosiologi og statsvitenskap*" (Oslo: Universitetsforlaget)

Holter, H. & Kalleberg, R. (1996) "*Kvalitative metoder i samfunnsforskningen*" (Oslo: Universitetsforlaget)

Internt notat, Legemiddelindustrien (LMI): "*Regler for markedsføring av legemidler per november 2014*". Kun tilgjengelig for medlemmer av LMI. Fikk tilgang på notatet 20.03.15 etter samtale med en anonym representant fra en medlemsbedrift.

Johannessen, A., Tufte, P. A., Kristoffersen, L. (2006) "*Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode, 3. utg.*" (Oslo: Abstrakt Forlag)

Kobbeltvedt, Therese Dr Psych (2010) "*Informasjonsbehandling og beslutningstaking: Hvordan påvirkes atferd hos medarbeidere?*". Presentert som forelesning i faget SOL020 Psykologi og Ledelse ved Norges Handelshøyskole, Bergen, våren 2010.

Kotler, P. & Keller, K. L. (2009) "*Marketing Management, 13th Edt.*" (New Jersey: Pearson Education Inc)

Kvale, S. & Brinkmann, S. (2009) "*Det kvalitative forskningsintervju, 2. utg.*" (Oslo: Gyldendal Norsk Forlag AS)

Lavik, R. (1981) "*En undersøkelse av kvinners forbruk og velferd: Erfaringer med kombinasjon av kvalitativ og kvantitativ metode*" (Oslo: Fondet for markeds- og distribusjonsforskning)

Lo, B. og Field, M. J. (2009) "*Conflict of Interest in Medical Research, Education and Practice*" (Washington: National Academies Press)

Lærum, B., overlege (2015) "*De vanligste medikamentene*". Presentert som forelesning i faget Indremedisinsk blokk 1 ved Universitetet i Bergen, medisinske fakultet, Bergen, våren 2015.

Mishler, E. G. (1986) "*Research Interviewing: Context and Narrative*" (Cambridge: Harvard University Press)

Mitchell, T. & Larson, J. (1987) "*People in Organizations: Introduction to Organizational Behaviour*" (USA: McGraw-Hill Inc)

Nelson, P. (1970) "*Information and Consumer Behavior*". Journal of Political Economy, Vol. 78, April 1970 (USA: The University of Chicago Press)

Pervin, L. A. (1984) "*Personality: Theory and Research, 4th Edt.*" (New York: Wiley and Sons)

Pindyck, R. S. & Rubinfeld, D. L. (2009) "*Microeconomics, 7th Edt.*" (New Jersey, USA: Pearson Education Inc)

Reseptregisteret, Nasjonalt Folkehelseinstitutt: Statistikk over spesifiserte enkeltpreparater utlevert av Reseptregisteret på forespørsel, 20.03.2015. Se vedlegg 3, 4 og 5.

Ringdal, K. (2001) "*Enhet og Mangfold*" (Bergen: Fagbokforlaget)

Ringstad, V. (2002) "*Mikro- og markedsøkonomi, 5. utg.*", (Oslo: Cappelen Damm AS, Akademisk Forlag)

Selnes, F. (1999) "*Markedsundersøkelse*" (Oslo: Universitetsforlaget)

Slørdal, Prof. Lars (2015) "*Hvem er legemiddelindustrien?*", presentert som et foredrag i regi av Norsk Medisinstudent Forening (Nmf) Bergen, Haukeland Universitetssykehus, 5. mars 2015, Bergen

Snyder, C. og Nicholson, W. (2012) "*Microeconomic Theory: Basic Principles and Extensions, Eleventh International Edt.*" (USA: South-Western, Cengage Learning)

Stigler, G. (1961) "*The Economics of Information*". The Journal of Political Economy, Vol 69, June 1961, University of Chicago. Tilgjengelig fra:

<http://home.uchicago.edu/~vlima/courses/econ200/spring01/stigler.pdf> (nedlastet 04.04.15)

Thagaard, T. (1998) "*Systematikk og innlevelse – en innføring i kvalitativ metode*" (Bergen: Fagbokforlaget)

Venkataraman, S. & Stremersch, S. (2007) "*The Debate on Influencing Doctors' Decisions: Are Drug Characteristics the Missing Link?*" Management Science, Vol. 53, No. 11, november 2007, pp. 3688-3701

Wade, C. & Tavis, C. (2000) *"Psychology, 6th ed."* (USA: Prentice Hall College Div)

Zelditch, Jr, M. (1962) *"Some methodological problems of field studies"*. American Journal of Sociology, Vol. 67, No. 5 March 1962 (USA: The University of Chicago Press)

Østerberg, D. (1986) *"De såkalte skalanivåer av sosiologien i Fortolkende Sosiologi"* (Oslo: Universitetsforlaget)

Internettsider

Apotek 1, apotek1.no: "Generell informasjon om resepter". Sist oppdatert april 2015. Tilgjengelig fra: <http://www.apotek1.no/bruk-av-legemidler/resepter-og-refusjon/generell-informasjon-om-resepter> (nedlastet 16.04.15)

Dagens Medisin, dagensmedisin.no: "Generisk bytte av astma-medisiner?" Publisert 2014. Tilgjengelig fra: <http://www.dagensmedisin.no/debatt/generisk-bytte-av-astma-medisiner/> (nedlastet 22.04.15)

Eliquis, eliquis.no: "Signifikant reduksjon av alvorlig blødning vs Warfarin". Publisert september 2014. Tilgjengelig fra: <http://www.eliquis.no/atrieflimmer-nvaf/signifikant-reduksjon-av-alvorlig-bl%C3%B8dning-vs-warfarin> (nedlastet 29.05.15)

Farma Holding Gruppen, farmaholding.no: "Farma Holding AS". Ingen publikasjonsdato. Tilgjengelig fra: <http://www.farmaholding.no/> (nedlastet 02.05.15)

Fastlegen, fastlegen.no :

- a) "Hvorfor primærhelsetjenesten er viktig". Ingen publikasjonsdato. Tilgjengelig fra: <https://www.fastlegen.no/hva-er-fastlegeordningen/fakta-og-bakgrunn/verd-aa-vite/hvorfor-er-prim%C3%A6rhelsetjenesten-viktig> (Nedlastet 16.04.15)
- b) "Grunnlaget for fastlegens inntekter". Ingen publikasjonsdato. Tilgjengelig fra: <http://www.fastlegen.no/hva-er-fastlegeordningen/egenandeler/verd-aa-vite/grunnlaget-for-fastlegens-inntekter> (nedlastet 15.04.15)

Felleskatalogen, felleskatalogen.no:

- a) X" *Marevan*". Sist oppdatert januar 2015. Tilgjengelig fra: <http://www.felleskatalogen.no/medisin/marevan-takeda-nycomed-561230> (nedlastet 31.05.15)
- b) X" *Eliquis*". Sist oppdatert mars 2015. Tilgjengelig fra: <http://www.felleskatalogen.no/medisin/eliquis-bristol-myers-squibb-pfizer-572466> (nedlastet 31.05.15)

Folkehelseinstituttet, fhi.no: "Om reseptregisteret". Publisert juli 2005. Tilgjengelig fra: <http://www.fhi.no/helseregistre/reseptregisteret> (nedlastet 28.04.15)

Fylkesmannen, fylkesmannen.no: "*Venøs tromboembolisme og nyare antikoagulantia*". Publisert september 2014. Tilgjengelig fra: <http://www.fylkesmannen.no/Documents/Dokument%20FMHO/Helse%20og%20omsorg/Malar%20og%20skjema/Lind%C3%A5s%20-%20Antikoagulasjon%20090914.pdf?epslanguage=nn> (nedlastet 28.05.15)

HELFO, helfo.no: "*Regelverk og refusjoner for apotek og bandasjist*". Ingen publikasjonsdato. Tilgjengelig fra: <https://helfo.no/takster/regelverk-og-refusjoner-for-apotek-og-bandasjist> (nedlastet 16.04.15)

Helsedirektoratet, helsedirektoratet.no: "*Nasjonal rådgivende spesialistgruppe innen antikoagulasjon: Informasjon om wafarin og de direkte virkende perorale antikoagulasjonsmidlene dabigatran, rivaroxaban og apixaban, april 2015*". Publisert april 2015. Tilgjengelig fra: <https://helsedirektoratet.no/Lists/Publikasjoner/Attachments/433/Informasjon-om-warfarin-og-de-nye-perorale-antikoagulasjonsmidlene-dabigatran-rivaroxaban-og-apixaban-IS-2050.pdf> (nedlastet 01.05.15)

Legemiddelhåndboken, legemiddelhandboka.no: "*Østrogen-gestagen (kombinasjons p-midler)*". Sist oppdatert mars 2014. Tilgjengelig fra: <http://legemiddelhandboka.no/Legemidler/46367?expand=1> (nedlastet 02.05.15)

Legemiddelindustrien, lmi.no: "*Tall og fakta 2015*". Ingen publikasjonsdato. Tilgjengelig fra: http://www.lmi.no/media/3822404/tall_og_fakta_2015.pdf (nedlastet 16.04.15)

Legemiddelverket, legemiddelverket.no:

- a) "*Årsrapport 2014, Statens Legemiddelverk*". Publisert mars 2015. Tilgjengelig fra: http://legemiddelverket.no/Om_Legemiddelverket/arsrapportar/Documents/Legemiddelsverket_%C3%A5rsrapport_2014_web_endelig.pdf (nedlastet 04.04.15)
- b) "*Trinnpris*". Ingen publikasjonsdato. Tilgjengelig fra: http://www.legemiddelverket.no/Blaa_resept_og_pris/pris-paa-legemidler/trinnpris/Sider/default.aspx (nedlastet 22.04.15)
- c) "*Legemiddelvisning: Xarelto 10 mg*". Ingen publikasjonsdato. Tilgjengelig fra: <http://www.legemiddelverket.no/Legemiddelsoek/Sider/Legemiddelvisning.aspx?pakningId=366da98f-6394-49e8-939c-60c312c1a19e&searchquery=Xarelto&f=Han;Mar;par&pane=> (nedlastet 01.05.15)

- d) *"Legemiddelvisning: Pradaxa 110 mg og 150 mg"*. Ingen publikasjonsdato. Tilgjengelig fra: <http://www.legemiddelverket.no/Legemiddelsoek/Sider/Legemiddelvisning.aspx?pakningId=39f8a3a4-1de9-4ae2-a983-da9e47b262a9&searchquery=Pradaxa&f=&pane=4> (nedlastet 17.06.15)
- e) *"Legemiddelvisning: Eliquis 5 mg og 10 mg"*. Ingen publikasjonsdato. Tilgjengelig fra: <http://www.legemiddelverket.no/Legemiddelsoek/Sider/Legemiddelvisning.aspx?pakningId=6dc394ce-dbad-4603-943a-bc90d26a298f&searchquery=eliquis&f=Han;Mar;par&pane=0> (nedlastet 02.05.15)
- f) *"Anbefalte hormonelle prevensjonsmidler"*. Ingen publikasjonsdato. Tilgjengelig fra: http://www.legemiddelverket.no/Bruk_og_raad/p-piller/prevensjonsguide-hormonell/Sider/default.aspx (nedlastet den 21.04.15)
- g) *"Legemiddelvisning: Cerazette 75 mg"*. Ingen publikasjonsdato. Tilgjengelig fra: <http://www.legemiddelverket.no/Legemiddelsoek/Sider/Legemiddelvisning.aspx?pakningId=92c3ad6f-d5e6-4419-9870-b4cac2b48350&f=Han;Mar;par&searchquery=Cerazette> (nedlastet 17.06.15)
- h) *"Legemiddelsøk: bytteliste Oralcon/Microgynon"*. Ingen publikasjonsdato. Tilgjengelig fra: <http://www.legemiddelverket.no/Legemiddelsoek/Sider/default.aspx?searchquery=98994D7E-4C85-4DF0-B772-3DB1CF7FEA9F;D4060EC4-F987-4F63-BC65-B72BF2E80F0A&pane=2> (nedlastet 22.04.15)
- i) *"Legemiddelvisning: Seretide Diskus"*. Ingen publikasjonsdato. Tilgjengelig fra: <http://www.legemiddelverket.no/Legemiddelsoek/Sider/Legemiddelvisning.aspx?pakningId=d00bd4e3-352c-478c-b4ba-b264f4837659&searchquery=seretide&f=Han;Mtl;Vir;ATC;Var;Mar;Mid;Avr&pane=0> (nedlastet 20.04.15)
- j) *"Legemiddelvisning: Airflusal Forspiro"*. Ingen publikasjonsdato. Tilgjengelig fra: <http://www.legemiddelverket.no/Legemiddelsoek/Sider/Legemiddelvisning.aspx?pakningId=8077057e-1c6d-417b-a838-29be38911ebe&f=Han;Mar;par&searchquery=Airflusal%20Forspiro> (nedlastet 22.04.15)
- k) *"Lavere priser på kombinasjonspreparater mot KOLS og astma"*. Publisert juli 2014. Tilgjengelig fra: http://www.legemiddelverket.no/Nyheter/Blaa_resept_og_pris/Sider/Lavere-priser-p%C3%A5-kombinasjonspreparater-mot-KOLS-og-astma.aspx (nedlastet 16.04.15)

- l) "*Bivirkningsrapport for 2014*". Ingen publikasjonsdato. Tilgjengelig fra: <http://www.legemiddelverket.no/Nyheter/Bivirkninger/Lists/PageAttachments/Bivirkningsrapport-2014---hva-kan-vi-l%C3%A6re/NO/Bivirkningsrapport%202014.pdf> (nedlastet 29.05.15)

Lovdata, lovdata.no

- a) "*Lov om folketrygd (folketrygdloven) kapittel 5: Stønad ved helsetjenester*". Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1997-02-28-19/KAPITTEL_5-1#KAPITTEL_5-1 (nedlastet 16.04.15)
- b) "*Lov om legemidler (legemiddelloven) kapittel 7: Reklame for legemidler m.v.*". Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/NL/lov/1992-12-04-132#KAPITTEL_7 (nedlastet 01.05.15)
- c) "*Forskrift om legemidler (legemiddelforskriften)*". Tilgjengelig fra: https://lovdata.no/dokument/SF/forskrift/2009-12-18-1839?q=markedsf%C3%B8ring+av+legemidler#KAPITTEL_14 (nedlastet 01.05.15)

Norges Handelshøyskole, nhh.no: "*Nyttige hjelpemidler*". Ingen publikasjonsdato. Tilgjengelig fra: <http://www.nhh.no/no/studentsider/selvstendig-arbeid/utredning/nyttige-hjelpemidler.aspx> (nedlastet 29.05.15)

Norsk Datasikkerhet – Personvernombudet, nsd.no: "*Meldeplikttest*". Ingen publikasjonsdato. Tilgjengelig fra: <http://www.nsd.uib.no/personvern/meldeplikt/meldeplikttest> (nedlastet 08.05.15)

Norsk Helseinformatikk, nhi.no: "*Minipiller*". Sist oppdatert februar 2015. Tilgjengelig fra: <http://nhi.no/foreldre-og-barn/foreldre/prevensjon/minipiller-1408.html?page=3> (nedlastet 06.06.15)

Regjeringen, regjeringen.no:

- a) "*Legemidler*". Ingen publikasjonsdato. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/legemidler/id11633/> (Nedlastet 15.04.15)
- b) "*Slik er spesialisthelsetjenesten bygd opp*". Sist oppdatert november 2014. Tilgjengelig fra: <https://www.regjeringen.no/nb/tema/helse-og-omsorg/sykehus/innsikt/nokkeltall-og-fakta---ny/slik--er-spesialisthelsetjenesten-bygd-o/id528748/> (Nedlastet ned den 08.04.15)

Store medisinske leksikon, sml.snl.no

- a) "Søkeord: Indikasjon". Ingen publikasjonsdato. Tilgjengelig fra:
<https://sml.snl.no/indikasjon> (nedlastet 18.04.15)

- b) "Søkeord: Compliance". Ingen publikasjonsdato. Tilgjengelig fra:
<https://sml.snl.no/.search?query=compliance&x=0&y=0> (nedlastet 02.05.15)

Svensk TV4, tv4.se: "Nyheterna onsdag 8/4-15 kl 09.00 – Klipp från Nyheterna".
Tilgjengelig fra: <http://www.tv4.se/nyheterna/klipp/nyheterna-0900-3133214>
(nedlastet 19.04.15)

Tidsskriftet, tidsskriftet.no: "Bruk av legemidler uten indikasjon". Publisert juli 2008.
Tilgjengelig fra: <http://tidsskriftet.no/Innhold/Nyheter/2008/Juli/Bruk-av-legemidler-utenfor-godkjent-indikasjon> (nedlastet den 01.05.15)

TV2, tv2.no: "Hevder leger påvirkes av legemiddelfirmaene". Publisert oktober 2010.
Tilgjengelig fra: <http://www.tv2.no/a/3294485> (nedlastet 01.05.15)

Ung, ung.no: "Spørsmål om p-piller". Ingen publikasjonsdato. Tilgjengelig fra:
http://www.ung.no/sexogsamliv/727_Sp%C3%B8rsm%C3%A5l_om_p-piller.html
(nedlastet 01.06.15)

Vedlegg

1) Indikasjoner for antikoagulantia

Kilde: helsedirektoratet.no

Klinisk situasjon	Dabigatran	Rivaroksaban	Apixaban	Warfarin
Tabell 2 Indikasjoner (fullstendig indikasjonstekst må alltid leses før behandling påbegynnes)				
Akutt koronarsyndrom	Nei	Ja	Nei	Nei
Atrieflimmer	Ja	Ja	Ja	Ja
Elektrokonvertering	Se kardiologi	Ja	Se kardiologi	Ja
Postoperativ profylakse ved kne- og hoftekirurgi	Ja	Ja	Ja	Ja
Dyp venetrombose - akutt	Ja	Ja	Ja	Ja
Lungeembolisme - akutt	Ja	Ja	Ja	Ja
Venøs trombose - sekundærprofylakse	Ja	Ja	Ja	Ja
Kunstige hjerteklaffer	Nei	Nei	Nei	Ja
Tromboseprofylakse hos indremedisinske pasienter	Nei	Nei	Nei	Nei
Tromboseprofylakse hos kreftpasienter	Nei	Nei	Nei	Nei

Klinisk situasjon	Dabigatran	Rivaroksaban	Apixaban	Warfarin
Tabell 3 Dosering av DOAK				
<small>OBS! Behandlingsvarighet bestemmes ut fra den kliniske indikasjonen. Bivirkninger og terapivikt skal meldes til RELIS i din helseregion (http://www.relis.no/meldeskjema).</small>				
Forebygging av slag og systemisk emboli hos voksne pasienter med ikke-klaffeassosiert atrieflimmer	150 mg x 2 110 mg x 2 ¹	20 mg x1 15 mg x1 ²	5 mg x 2 2.5 mg x 2 ⁴	Doseres etter INR mål 2.5 (2.0-3.0)
Behandling av akutt dyp venetrombose/lungeemboli	150 mg x 2 110 mg x 2 ¹ med minst 5 dagers parenteral antikoagulasjon innledningsvis	15 mg x 2 i 3 uker deretter 20 mg x1	10 mg x 2 i 1 uke, deretter 5 mg x 2	Doseres etter INR mål 2.5 (2.0-3.0)
Forebygging av tilbakevendende dyp venetrombose eller lungeemboli	150 mg x 2 110 mg x 2 ¹ med minst 5 dagers parenteral antikoagulasjon innledningsvis	20 mg x1 15 mg x1 ³	2,5 mg x 2	Doseres etter INR mål 2.5 (2.0-3.0)

2) Rapporterte alvorlige bivirkninger i 2014 som følge av behandling med antikoagulantia

Kilde: Legemiddelverket.no, (1)

	Totalt antall meldinger	Dødelige	Brukere
Rivaroksaban	103	14	20 801
Dabigatran	49	9	15 363
Apiksaban	28	7	8 647
Warfarin	57	33	77 768
Sum	237	63	122 579*

*7092 pasienter har byttet behandling i 2014. Dette tallet viser derfor ikke antall unike individer.

3) Statistikk for antikoagulantia utlevert av Reseptregisteret på forespørsel

Kilde: Reseptregisteret, Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 20.03.2015.

Merk at for vedlegg 3, 4 og 5 gjelder følgende: Befolkningsgrunnet i statistikken er middelfolkemengden det gjeldende år, og statistikken inkluderer ikke informasjon om legemidler som er benyttet i sykehus og sykehjem.

Varenavn	År	Hordaland				Norge			
		Antall individer	Prevalens pr 1000	Utsalgspris	Definerte døgndoser	Antall individer	Prevalens pr 1000	Utsalgspris	Definerte døgndoser
Pradaxa	2014	2 185	4,3	14.595.476	732 383	15 363	3,0	98.918.486	4 942 857
Xarelto	2014	2 106	4,1	12 607 516	1 058 195	20 801	4,0	123.729.430	10 347 609
Eliquis	2014	859	1,7	3 474 279	253 331	8 647	1,7	36 163 998	2 644 925
Marevan	2008	6 697	14,4	5 654 934	1 521 769	83 961	17,6	70 917 761	19 085 926
	2009	6 956	14,7	5 930 972	1 548 954	86 103	17,8	73 192 384	19 117 069
	2010	7 258	15,1	6 134 784	1 590 630	88 385	18,1	75 497 786	19 577 967
	2011	7 699	15,8	6 267 205	1 662 469	91 834	18,5	76 687 391	20 342 676
	2012	8 005	16,2	6 411 188	1 713 073	94 374	18,8	77 300 976	20 655 557
	2013	7 206	14,4	5 578 277	1 499 184	87 655	17,3	69 169 732	18 589 206
	2014	6 123	12,0	5 081 609	1 293 564	77 414	15,1	65 154 311	16.582.128

4) Statistikk for et utvalg av hormonell prevensjon i pilleform (peroral antikonsepsjon) utlevert av Reseptregisteret på forespørsel

Kilde: Reseptregisteret, Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 20.03.2015.

Varenavn	År	Hordaland				Norge			
		Antall individer	Prevalens pr 1000	Utsalgspris	Definerte døgndoser (DDD)	Antall individer	Prevalens pr 1000	Utsalgspris	Definerte døgndoser
Yasmin	2008	5 744	12,3	4 214 645	1 535 772	69 452	14,6	52 661 771	19 186 655
	2009	5 259	11,1	3 847 296	1 413 020	60 733	12,6	46 006 546	16 912 030
	2010	5 001	10,4	3 759 142	1 359 120	55 897	11,4	43 201 634	15 625 175
	2011	4 605	9,4	3 411 300	1 269 996	49 902	10,1	37 778 580	14 067 300
	2012	3 817	7,7	2 862 873	1 042 888	42 051	8,4	31 954 402	11 644 938
	2013	3 561	7,1	2 702 653	996 744	38 197	7,5	29 250 299	10 786 999
	2014	3 250	6,4	2 611 213	924 168	33 757	6,6	27 502 870	9 728 824
Loette	2008	4 879	10,5	3 402 819	1 232 700	48 939	10,3	34 464 105	12 461 652
	2009	4 702	9,9	3 297 423	1 189 601	46 242	9,6	33 039 472	11 919 167
	2010	4 834	10,1	3 463 300	1 220 930	47 025	9,6	34 512 136	12 165 347
	2011	4 992	10,2	3 328 322	1 260 364	49 460	10,0	33 201 021	12 592 243
	2012	5 716	11,6	3 622 434	1 427 202	57 100	11,4	36 660 935	14 462 462
	2013	6 428	12,8	4 130 172	1 622 544	62 360	12,3	40 297 960	15 840 606
	2014	7 089	13,9	4 728 014	1 858 836	67 912	13,2	45 199 614	17 752 442
Microgynon	2008	4 429	9,5	1 191 775	1 204 308	41 868	8,8	11 634 518	11 747 427
	2009	4 663	9,8	1 234 193	1 305 696	42 770	8,9	11 570 009	12 240 349
	2010	5 220	10,9	1 379 585	1 475 040	45 184	9,2	12 228 272	13 074 105
	2011	5 977	12,3	1 447 876	1 604 848	49 483	10,0	12 440 920	13 792 365
	2012	5 699	11,5	1 137 973	1 274 364	49 489	9,9	10 491 163	11 749 661
	2013	4 965	9,9	1 102 728	1 199 100	42 955	8,5	9 638 114	10 487 736
	2014	5 458	10,7	1 383 180	1 332 492	44 870	8,7	11 615 638	11 191 488
Oralcon	2008	0	-	-	-	0	-	-	-
	2009	0	-	-	-	0	-	-	-
	2010	0	-	-	-	0	-	-	-
	2011	785	1,6	64 806	79 380	4 207	0,8	361 616	435 456
	2012	3 864	7,8	602 742	740 460	27 256	5,4	4 194 419	5 075 784
	2013	4 454	8,9	891 256	1 081 752	36 798	7,2	7 301 325	8 778 952
	2014	5 099	10,0	1 172 278	1 284 024	42 123	8,2	9 833 725	10 692 700
Marvelon	2008	759	1,6	335 546	215 628	7 273	1,5	3 147 153	2 064 533
	2009	790	1,7	319 514	205 716	6 761	1,4	2 892 181	1 891 717
	2010	828	1,7	339 610	213 864	6 450	1,3	2 821 932	1 804 488
	2011	762	1,6	344 375	205 212	6 025	1,2	2 807 215	1 695 540
	2012	662	1,3	308 545	188 832	5 412	1,1	2 460 412	1 542 996
	2013	621	1,2	287 771	172 872	5 088	1,0	2 380 000	1 439 004
	2014	557	1,1	279 215	160 524	4 599	0,9	2 354 222	1 337 336

Varenavn	År	Hordaland				Norge			
		Antall ind.	Prevalens pr 1000	Utsalgspris	Definerte døgndoser (DDD)	Antall individer	Prevalens pr 1000	Utsalgspris	Definerte døgndoser
Conludag	2008					9 195	1,93	2 051 997	2 035 488
	2009					8182	1,69	1 857 075	1 839 951
	2010	825	1,72	179 742	179 742	7 402	1,51	1 683992	1 668 486
	2011	728	1,49	158 459	156 996	6 657	1,34	1 516 860	1 502 986
	2012	706	1,43	150 383	149 016	6 118	1,22	1 401 191	1 388 369
	2013	703	1,40	151 850	150 444	5 770	1,14	1 312 581	1 300 484
	2014	608	1,2	139 184	132 132	5 325	1,04	1 274 175	1 209 694
Cerazette	2008	5 446	11,68	2 143 612	1 058 064	56 588	11,87	23.071.750	11.387.319
	2009	5 774	12,19	2 218 397	1 147 116	60 274	12,48	24.110.482	12.467.595
	2010	5 980	12,44	2 411 903	1 239 183	64 133	13,12	26.576.894	13.658.749
	2011	6 278	12,88	2 477 299	1 322 777	68 328	13,79	27.668.396	14.774.376
	2012	6 717	13,59	2 652 293	1 416 422	72 205	14,39	29.734.014	15.878.570
	2013	7 039	14,03	2 822 600	1 493 243	77 007	15,16	32.2211.21 6	17.045.780
	2014	7 583	14,92	2 662 240	1 640 470	83 010	16,16	30.515.984	18.794.056

5) Statistikk over inhalasjonspreparater utlevert av Reseptregisteret på forespørsel

Kilde: Reseptregisteret, Nasjonalt Folkehelseinstitutt, 20.03.2015.

Varenavn	År	Hordaland				Norge			
		Antall ind.	Prev. pr 1000	Utsalgspris	Definerte døgndoser	Antall ind.	Prev. pr 1000	Utsalgspris	Definerte døgndoser
Seretide Diskus	2014	6 057	11,9	18.553.079	1.342.980	76 093	14,8	236.290.952	17 252 588
Airflusal Forspiro	2014	52	0,1	59 263	4 800	322	0,1	411 440	32 310

Appendiks

Dybdeintervjuer

Innledning

Jeg skriver for tiden en masterutredning i forbindelse med min mastergrad i økonomisk styring ved Norges Handelshøyskole i Bergen. Jeg er også medisinstudent på tredje året ved Universitetet i Bergen. Oppgaven omhandler allmenn- og turnuslegers valg av medikamentell behandling.

I denne studien vil det bli benyttet kvalitative dybdeintervjuer av allmenn- og turnusleger samt en kvantitativ spørreundersøkelse blant turnusleger i Norge, for å kartlegge faktorer som er av betydning ved valg av medikamentell behandling, og hvordan regjeringens mål for legemiddelpolitikken fungerer i praksis. Det vil også bli stilt spørsmål angående informasjonskanaler og –tilgjengelighet.

Dine egne erfaringer og betraktninger rundt spørsmålene er viktig, og der det er gitt konkrete eksempler med gitte forutsetninger er det bare til å svare etter beste evne dersom situasjonen ikke har forekommet for ditt vedkommende.

Skrivet du nå har mottatt bekrefter at alle opplysninger og data vil behandles konfidensielt, intervjuet er fullstendig anonymt, jeg er eneste databehandler og ingen enkeltpersoner vil kunne gjenkjennes i avhandlingen. Av praktiske årsaker ber jeg om tillatelse til å gjøre et opptak av intervjuet, da dette vil gi en bedre flyt, lette arbeidet i etterkant, og dine utspill vil ikke kunne misforstås eller feiltolkes. Opptakene slettes når avhandlingen er ferdig innen den 20/6-2015.

Dette er et frivillig intervju, og du kan trekke ditt samtykke så lenge studien pågår. Oppgaven vil publiseres offentlig ved ferdigstilling, og den vil blant annet være tilgjengelig i bibliotekets database, BIBSYS.

Intervjuet vil ha en varighet på rundt en times tid avhengig av dine svar og preferanser.

Svar så ærlig og godt du kan, og spør om ytterligere utdypning dersom noe er uklart. Har du noen spørsmål før vi starter?

Intervjuet

Del I – Generelt

1. I korte trekk, hvordan forløper ditt yrkesløp som praktiserende lege? Tids- og områdemessig.
2. **Dersom allmennlege:** Hvor lenge har du praktisert ved ditt nåværende kontor? Hvor mange praktiserer her?

Dersom turnuslege: Har du praktisert som lege med lisens? Noe allmennpraksis?

Del II – Valg

”Du skal nå forestille deg at du skal foreskrive en resept til en pasient der det foreligger ingen personlige eller familiære risikofaktorer, ingen interaksjonsrisiko i forhold til andre medikamenter, ingen personlige preferanser eller andre forhold av betydning.”

3. Når leger skal foreskrive resepter på medikamentell behandling, hva tror du er av betydning for deres valg, i tillegg til medisinsk effekt og hensynet til bivirkninger? Nevn alt du kommer på.

Følgende hint/oppfølgingsspørsmål til bruk for intervjuer v/behov:

- a. Brukervennlighet
 - b. Pris
 - c. Compliance
 - d. Retningslinjer på arbeidsplassen
 - e. Kollegaers valg
 - f. Alder på preparatet
 - g. Forskningsdokumentasjon
 - h. Produktinformasjon fra legemiddelprodusenten
4. Hva er de tre viktigste faktorene?
 5. Hva er av størst betydning når du selv foretar samme typen valg? Hvorfor?
 6. Hva tror du påvirker deg til å velge det du gjør?

Følgende hint/oppfølgingsspørsmål v/behov:

- a. Kollegaer
- b. Vaner
- c. Media: Historier/artikler i VG og Dagbladet?
- d. Har sykepleiere og deres ytringer noe å si?
- e. Apotekets ytringer?
- f. Det preparatet som kommer først?
- g. Produsenten? Møter? Brev? Penner og artikler?
- h. Kurs og konferanser?
- i. I hvor stor grad spør pasienten selv etter en viss behandling?

Del III – Innhenting av informasjon

7. Føler du at den kunnskapen du fikk tillært i medisinstudiet var korrekt og nøytral? Er det stor forskjell på hva du praktiserer i dag og det du lærte?

Til evt. oppfølging:

- a. *Avhengig av sted og hva som ble praktisert akkurat der?*

8. Hvor innhenter du informasjon for å holde deg oppdatert på riktige og nye behandlingsmetoder, i hovedsak medikamenter?

Til evt. oppfølging:

- a. *Hvor ofte?*
b. *Hvor henter dine kollegaer informasjon?*

9. Føler du at denne informasjonen er pålitelig?

Til evt. oppfølging:

- a. *Selv om det er nye preparater?*
b. *Selv når det kommer oppsiktsvekkende forskningsresultater i ettertid?*

10. Burde noe endres? Nye informasjonskanaler?

Til evt. oppfølging:

- a. *Snakker du ofte med kollegaer utenfor din avdeling/legekontor?*
b. *Chat-forum?*
c. *Hvordan sikre pålitelige kilder som ikke har interessekonflikter?*

Del IV – Medikamenter

Forestill deg nå at du skal starte opp behandling med blodfortynnende piller på en ung pasient som er innlagt for DVT og lungeemboli. Pasienten har ingen tidligere sykdommer av betydning, og det foreligger ingen familiære risikofaktorer eller andre forhold som særskilt må hensyntas.

11. Hvilket preparat ville du foreskrevet? Hvorfor?

Oppfølging:

- a. *INR-kontroller? Penger inn eller greit med oppfølging?*
b. *Hvordan vektlegger du livet etter sykehuset? Hensyn til praktisk gjennomførbarhet?*

12. Basert på forrige svar:

- a. **Marevan:** Gammelt? Problematisk? INR-kontroller?
b. **NOAKer - Xarelto, Pradaxa, Eliquis:** Nytt – skeptisk? Hvor har du hørt om dette? Klar over nye studier? Vet du prisen?
c. **Andre:** Hvorfor ikke et av de tradisjonelle (marevan) eller de nye? Dette blir formidlet i studiet

Forestill deg nå at du skal foreskrive et førstegangs hormonelt antikonsepsjon preparat til en ung, frisk kvinne. Kvinnen har ingen personlige eller familiære risikofaktorer, sykdomshistorikk av betydning, personlige preferanser og det foreligger heller ingen andre forhold som særskilt må hensyntas, som for eksempel amming.

13. Hvilket preparat ville du foreskrevet? Hvorfor?

14. Er tendensen den at du skriver ut flere minipiller enn før under samme forutsetninger? Hvorfor/hvorfor ikke? Hensyntar du sikkerhet fremfor risiko for blodpropp i dette tilfellet?

Evt. oppfølgingsspørsmål:

- a. *Er det mange kvinner som kommer med personlige preferanser?*
- b. *Eldre kvinner? Er det flere som starter med det nå siden det finnes et alternativ med mindre hormoner?*

Dersom du nå skal foreskrive et kombinasjonspreparat for en astma- eller kols-pasient som har behov for langtidsvirkende beta-2-adrenergika og inhalasjonsglukokortkoider..

15. Hvilket preparat ville du foreskrevet? Hvorfor?

16. Basert på forrige spørsmål:

Foreskriver du Seretide ? Har du hørt om Airflusal? Hva er ditt inntrykk av de to medikamentene?

17. Hva er av særskilt betydning når du foreskriver astma- og kolspreparater som en inhalator? Opplæring? Stoler du på at apoteket gjør det?

Del V – Effekt og økonomi

18. Føler du at du ikke kan tilby personlig foretrukket behandling grunnet restriksjoner om pris, eller statens begrensninger i forhold til hvilke medikamenter som befinner seg/ikke befinner seg på listen til blåreseptordningen?

Evt. oppfølgingsspørsmål:

- a. *Burde det vært mer retningslinjer? Mindre?*
- b. *Flere insentiver?*

19. Hensyntar du prisen på medikamentell behandling når du foreskriver en resept? I hvilken grad?

Bekreftelsesspørsmål:

- a. *Sjekker du noen gang prisen?*

20. Helse- og omsorgsdepartementet fører en legemiddelpolitikk der målet er at riktig behandling skal baseres på både medisinsk effekt og pris, er det mulig å etterleve? Hvordan fungerer det i praksis? Føler du press på at du forvalter statens penger?

Del VI – Legemiddelindustrien

21. Fortell litt om ditt forhold til legemiddelindustrien.

- Møter – i hvilke forum?
- Pålitelig?
- Assosiasjoner: Positive? Negative?

22. Mottar du produktinformasjon?

- Hvordan?
- Hvor ofte?
- Er den pålitelig?

23. Tror du at legers valg blir påvirket av legemiddelindustrien?

- Uheldig eller nødvendig?

24. Blir ditt valg påvirket?

25. Svar ja eller nei på følgende spørsmål: Har du i løpet av de siste tre år vært eksponert for

- | | |
|-------------------------|--------------------|
| a. Organon | b. Pfizer |
| b. Takeda Nycomed | d. Sandoz |
| c. Bayer Pharma AG | e. Farmagon |
| d. Boehringer Ingelheim | g. GlaxoSmithKline |

Avslutning

Jeg har ingen ytterligere spørsmål, men er det noe du vil tilføye eller spørsmål du ønsker å stille? Er det noe som er uklart eller andre ting du føler bør kommenteres?

Alle intervjuer som blir gjort vil som nevnt være fullstendig anonyme, jeg vil være den eneste som behandler datamaterialet, og resultatene vil presenteres i min masterutredning som står ferdigstilt i juni 2015.

Tusen takk for ditt bidrag, dette er til stor hjelp i arbeidet med min oppgave og gir nyttige innsikter og verdier til resultatet.

Resultater fra surveyen

1. Hvor har du praktisert som lege?

#	Answer	Response	%
1	Sykehus	71	71%
2	Allmennlegekontor	1	1%
3	Sykehus og allmennlegekontor	23	23%
4	Annet	5	5%
	Total	100	100%

Annet

Rusinstitusjon
sykehus og legevakt
Psykiatrisk poliklinikk, sykehjem, psykiatrisk sykehus
sykehjem og sykehus
Sykehjem

2. Kunnskap om medikamentell behandling av sykdommer i studiet opplevdes som

#	Question	Uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Enig	Total Responses	Mean
1	Korrekt	1	2	40	57	100	3.53
2	Nøytral	4	6	33	57	100	3.43
3	Oppdatert	4	9	42	45	100	3.28
4	Relevant	4	13	36	47	100	3.26

Statistic	Korrekt	Nøytral	Oppdatert	Relevant
Min Value	1	1	1	1
Max Value	4	4	4	4
Mean	3.53	3.43	3.28	3.26
Variance	0.35	0.61	0.63	0.70
Standard Deviation	0.59	0.78	0.79	0.84
Total Responses	100	100	100	100

3. Behandlingen av pasienter og valg av medikamentell behandling i praksis

#	Question	Uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Enig	Total Responses	Mean
1	Samsvarer med hva jeg har lært i studiet	2	21	64	13	100	2.88
2	Avhenger av retningslinjene på arbeidsplassen	1	2	39	58	100	3.54
3	Avhenger av hva kollegaer på arbeidsplassen praktiserer	2	4	47	47	100	3.39
4	Baserer seg på personlig tilegnet kunnskap underveis	3	24	58	15	100	2.85

Statistic	Samsvarer med hva jeg har lært i studiet	Avhenger av retningslinjene på arbeidsplassen	Avhenger av hva kollegaer på arbeidsplassen praktiserer	Baserer seg på personlig tilegnet kunnskap underveis
Min Value	1	1	1	1
Max Value	4	4	4	4
Mean	2.88	3.54	3.39	2.85
Variance	0.41	0.35	0.44	0.49
Standard Deviation	0.64	0.59	0.67	0.70
Total Responses	100	100	100	100

4. Merk av for de tre faktorene du tror er av størst betydning i tillegg til medisinsk effekt og bivirkninger når en lege skal foreskrive en resept til en pasient.

#	Answer		Response	%
1	Brukervennlighet		27	27%
2	Pris		18	18%
3	Compliance		38	38%
4	Retningslinjer på arbeidsplassen		74	74%
5	Personlig erfaring		60	60%
6	Kollegaers valg		28	28%
7	Alder på preparat		1	1%
8	Forskningsdokumentasjon		49	49%
9	Produktinformasjon fra legemiddelprodusenten		4	4%
10	Andre		1	1%

Andre

Nasjonale retningslinjer i valg type f.eks gruppe antibiotika eller type blodtrykksbehandling. Innenfor medikamentgruppe ville jeg valgt personlig erfaring

Statistic	Value
Min Value	1
Max Value	10
Total Responses	100

5. Merk av for de tre faktorene som er av størst betydning i tillegg til medisinsk effekt og bivirkninger når du selv skal foreskrive en resept til en pasient.

#	Answer		Response	%
1	Brukervennlighet		26	26%
2	Pris		11	11%
3	Compliance		37	37%
4	Retningslinjer på arbeidsplassen		81	81%
5	Personlig erfaring		48	48%
6	Kollegaers valg		34	34%
7	Alder på preparat		1	1%
8	Forskningsdokumentasjon		56	56%
9	Produktinformasjon fra legemiddelprodusenten		6	6%
10	Andre		0	0%

Statistic	Value
Min Value	1
Max Value	9
Total Responses	100

6. Dette bidrar til at jeg holder meg oppdatert på riktige og nye behandlingsmetoder, i hovedsak medikamenter

#	Question	Benyttes ikke	Uenig	Delvis uenig	Delvis enig	Enig	Total Responses	Mean
1	Dialog med kollegaer	0	0	2	26	72	100	4.70
2	Forskningsartikler	7	2	14	58	19	100	3.80
3	Skriftlig informasjon fra produsenten	8	22	25	41	4	100	3.11
4	Møter med produsenten	24	22	18	35	1	100	2.67
5	Uttalelser fra Statens Legemiddelverk	4	2	12	50	32	100	4.04
6	Utdanning	1	3	7	54	35	100	4.19
7	Kurs og konferanser	15	7	14	50	14	100	3.41
8	Jeg henter i liten grad ny informasjon	4	49	26	19	2	100	2.66

Statistic	Koll.	Forskn.	Skriftlig info fra produsenten	Møter med produsenten	Uttalelser fra Statens Legemiddelverk	Utdanning	Kurs og konferanser	Jeg henter i liten grad ny info
Min Value	3	1	1	1	1	1	1	1
Max Value	5	5	5	5	5	5	5	5
Mean	4.70	3.80	3.11	2.67	4.04	4.19	3.41	2.66
Variance	0.25	1.01	1.11	1.48	0.89	0.60	1.58	0.81
Standard Deviation	0.50	1.01	1.05	1.21	0.94	0.77	1.26	0.90
Total Responses	100	100	100	100	100	100	100	100

7. - Forestill deg at du skal starte opp behandling med et peroralt blodfortynnende medikament på en ung pasient som er innlagt for DVT og lungeemboli. Pasienten har ingen tidligere sykdommer av betydning, og det foreligger ingen familiære risikofaktorer eller andre forhold som særskilt må hensyntas.

Hvilket av følgende preparater ville du foreskrevet?

#	Answer	Response	%
1	Marevan	20	20%
2	Pradaxa	10	10%
3	Albyl-E	8	8%
4	Xarelto	50	50%
5	Eliquis	11	11%
6	Andre	1	1%
	Total	100	100%

Andre

Fragmin

Statistic	Value
Min Value	1
Max Value	6
Mean	3.25
Variance	1.89
Standard Deviation	1.37
Total Responses	100

8. - Forestill deg at du skal foreskrive førstegangs hormonell antikonsepsjon til en ung, frisk kvinne. Kvinnen har ingen tidligere sykdommer, personlige eller familiære risikofaktorer, personlige preferanser og det foreligger heller ingen andre forhold som særskilt må hensyntas.

Hvilket av følgende preparater ville du foreskrevet?

#	Answer	Response	%
1	Microgynon	27	27%
2	Yasmin	6	6%
3	Oralcon	5	5%
4	Loette	31	31%
5	Yasminelle	5	5%
6	Marvelon	0	0%
7	Mercilon	4	4%
8	Cerazette	21	21%
9	Conludag	0	0%
10	Andre	1	1%
	Total	100	100%

Andre
Nuvaring

Statistic	Value
Min Value	1
Max Value	10
Mean	4.09
Variance	6.91
Standard Deviation	2.63
Total Responses	100

9. - Forestill deg at du skal foreskrive et kombinasjonspreparat for en astma- og/eller kols-pasient som har behov for langtidsvirkende beta-2-adrenergika og inhalasjonsglukokortkoider.

Hvilket av følgende preparater ville du foreskrevet?

#	Answer	Response	%
1	Seretide	89	89%
2	Airflusal	3	3%
3	Andre	8	8%
	Total	100	100%

Statistic	Value
Min Value	1
Max Value	3
Mean	1.19
Variance	0.32
Standard Deviation	0.56
Total Responses	100

10. Hva er din oppfatning om Seretide og Airflusal?

#	Answer	Response	%
1	Seretide er bedre enn Airflusal Forspiro	2	2%
2	Airflusal er bedre enn Seretide	2	2%
3	De er medisinsk likeverdige	7	7%
4	Har bare hørt om ett av de to preparatene	87	87%
5	Har ikke hørt om noen av de to preparatene	2	2%
	Total	100	100%

Statistic	Value
Min Value	1
Max Value	5
Mean	3.85
Variance	0.33
Standard Deviation	0.58
Total Responses	100

11. Opplever du at du ikke kan tilby pasienter personlig foretrukket behandlig grunnet økonomiske restriksjoner og retningslinjer?

#	Answer	Response	%
1	Svært ofte	1	1%
2	Ofte	2	2%
3	Ved noen tilfeller	40	40%
4	Aldri	32	32%
5	Vet ikke	25	25%
	Total	100	100%

Statistic	Value
Min Value	1
Max Value	5
Mean	3.78
Variance	0.78
Standard Deviation	0.88
Total Responses	100

12. Gitt at du praktiserer som en allmennlege, hensyntar du prisen på preparatet når du foreskriver resepter?

#	Answer	Response	%
1	Ja	29	29%
2	Nei	13	13%
3	Noen ganger	58	58%
	Total	100	100%

Statistic	Value
Min Value	1
Max Value	3
Mean	2.29
Variance	0.79
Standard Deviation	0.89
Total Responses	100

13. Har du vært eksponert for produktinformasjon fra følgende legemiddelprodusenter

#	Question	Aldri	I noen grad	Et par ganger i halvåret	I stor grad	Total Responses	Mean
1	Bayer Pharma AG	38	47	13	2	100	1.79
2	Farmagon	68	30	1	1	100	1.35
3	Sandoz	57	38	4	1	100	1.49
4	Organon	79	20	1	0	100	1.22
5	Pfizer	26	56	13	5	100	1.97
6	Takeda Nycomed	50	44	3	3	100	1.59
7	GlaxoSmithKline	41	45	12	2	100	1.75
8	Boehringer Ingelheim International	55	37	7	1	100	1.54

Statistic	Bayer Pharma AG	Farmagon	Sandoz	Organon	Pfizer	Takeda Nycomed	GlaxoSmithKline	Boehringer Ingelheim International
Min Value	1	1	1	1	1	1	1	1
Max Value	4	4	4	3	4	4	4	4
Mean	1.79	1.35	1.49	1.22	1.97	1.59	1.75	1.54
Variance	0.55	0.31	0.39	0.19	0.60	0.49	0.55	0.45
Standard Deviation	0.74	0.56	0.63	0.44	0.77	0.70	0.74	0.67
Total Responses	100	100	100	100	100	100	100	100