

Kjønnsforskjeller i bruk av vanedannende legemidler i Norge

Marte Handal¹, Solveig Sakshaug¹, Vidar Hjellvik¹, Christian Berg¹ og Svetlana Skurtveit^{1,2}

1. Avdeling for legemiddelepideologi, Divisjon for epidemiologi, Folkehelseinstituttet, Oslo

2. Senter for rus og avhengighetsforskning (SERAF), Universitetet i Oslo

E-post: marte.handal@fhi.no

SAMMENDRAG

Hensikt

Å studere kjønnsforskjeller i bruk av vanedannende legemidler i Norge og endringer over tid.

Materiale og metode

Data fra Reseptregisteret for perioden 2005–2013 ble benyttet til å studere forekomst av bruk for de viktigste gruppene av vanedannende legemidler i Norge. Disse gruppene ble studert: opioider, benzodiazepiner, z-hypnotika og sentralstimulerende midler (ADHD-midler). En person som hentet ut minst ett legemiddel på apotek i et gitt år ble definert som en bruker.

Resultater

Totalt fikk 907 744 personer i Norge (18 %) utlevert minst ett vanedannende legemiddel i 2013; 533 966 kvinner (21 %) og 373 778 menn (15 %). Andelen voksne kvinner som brukte vanedannende legemidler i 2013 var høyere enn andelen voksne menn og den relative kjønnsforskjellen økte med alderen. De relative kjønnsforskjellene var størst for z-hypnotika og angstdempende benzodiazepiner, nesten dobbelt så stor andel kvinner i forhold til menn brukte slike legemidler (prevalensratio henholdsvis 1.97 og 1.86).

Konklusjon

I underkant av en million personer i Norge brukte minst ett vanedannende legemiddel i 2013. Kvinner brukte mer enn menn, og kjønnsforskjellene har vært relativt uforandret i perioden 2005–2013.

HOVEDBUDSKAP

Andelen voksne som brukte vanedannende legemidler var høyere hos kvinner enn hos menn.

Kjønnsforskjellen var størst for z-hypnotika og angstdempende benzodiazepiner.

De relative kjønnsforskjellene har stort sett vært uforandret i perioden 2005–2013.

BAKGRUNN OG HENSIKT

Vanedannende legemidler omfatter i hovedsak sentralt virkende smertestillende midler (opioider), sovemidler, angstdempende midler og sentralstimulerende midler. Disse legemidlene brukes i behandling av pasienter med både somatiske og psykiske lidelser. Brukt på en forsvarlig måte kan legemidlene være til stor nytte, men de kan også misbrukes, ofte i kombinasjon med alkohol eller illegale rusmidler. Gjentatt bruk kan føre til avhengighet. Myndighetene har gjennom årene utarbeidet flere veiledere for å gi råd til leger ved forskrivning av vanedannende legemidler. Den siste oppdaterte veilederen er fra 2014 (1).

Svake og sterke opioider brukes til behandling av moderate til sterke smerter. Sterke opioider har tradisjonelt vært indisert ved behandling av sterke smerter av relativt kort varighet, som for eksempel i forbindelse med en operasjon, eller ved sykdommer med kort livsprognose, som for eksempel kreft. De senere årene er det åpnet opp for at opioider også kan brukes ved langvarige ikke-kreftrelaterte smerter (2).

Da benzodiazepinene kom på markedet i 1963, erstattet de mer toksiske legemidler, som for eksempel barbiturater, og bruken av benzodiazepiner økte kraftig helt frem til slutten av 1980-årene. På 1980-tallet ble det økende fokus på bruk av benzodiazepiner

og problemer knyttet til negative effekter av disse, dette førte til en gradvis reduksjon i bruken (3). Bruken av z-hypnotika har økt dramatisk etter at de kom på markedet i 1994. Disse legemidlene dominerer nå sovemiddelmarkedet i Norge (3).

Angst, søvnløshet og smerte er alle hyppige lidelser i befolkningen og en større andel kvinner enn menn rapporterer disse lidelsene (4–6). I ulike andre norske studier er det også vist at kvinner bruker mer psykofarmaka og smertestillende legemidler enn menn (7–11). Tilsvarende kjønnsforskjeller observeres i andre nordiske land (12, 13) og i internasjonale studier (14, 15).

I 2004 ble Reseptregisteret etablert og dette har gjort det mulig å studere bruk av legemidler på individnivå i hele befolkningen i Norge. Hensikten med denne undersøkelsen var å studere kjønnsforskjeller i bruk av vanedannende legemidler i Norge og hvordan utviklingen har vært over tid.

MATERIALE OG METODE

Data fra Reseptregisteret for perioden 2005–2013 danner grunnlaget for denne studien (16). Fra 1. januar 2004 har Folkehelseinstituttet mottatt informasjon om reseptutleveringer fra alle apotek i Norge. Reseptregisteret inneholder informasjon om alle legemidler som er forskrevet og utlevert til enkeltpersoner utenom sykehus/sykehjem. Legemidler forskrevet på godkjeningsfritak er også inkludert. Når det gjelder pasienter som er innlagt på sykehus eller sykehjem, inneholder registeret kun aggregerte data på institusjons- eller avdelingsnivå.

I denne studien ble følgende variabler fra Reseptregisteret brukt: Kryptert personidentifikasjon, fødselsår, kjønn, utleveringsdato og spesifikk informasjon om legemiddelet (Anatomisk Terapeutisk Kjemisk (ATC) kode) (17).

Vanedannende legemidler

Vanedannende legemidler finnes i legemiddelgruppene generelle anestetika,

Tabell 1. Totalt antall og andel (%) brukere hos menn og kvinner samt totalt antall voksne som fikk utlevert vanedannende legemidler i 2013.

	Menn		Kvinner		Totalt antall brukere	Totalt antall voksne brukere
	Antall brukere	(%)	Antall brukere	(%)		
Svake opioider	219 789	8,7	283 926	11,3	503 715	493 990
Sterke opioider	22 408	0,9	32 190	1,3	54 598	54 493
Angstdempende benzodiazepiner	89 927	3,5	163 188	6,5	253 115	249 497
Sovemidler benzodiazepiner	11 868	0,5	16 499	0,7	28 367	26 829
Z1 hypnotika	119 953	4,7	235 096	9,3	355 049	354 571
ADHD-midler	21 269	0,8	13 100	0,5	34 369	18 765

analgetika, anti epileptika, angstdempende, sovemidler/beroligende, sentralstimulerende midler, midler ved opioidavhengighet og hostestillende midler.

I denne studien er følgende grupper studert, og det er disse som omtales som vanedannende legemidler i denne artikkelen:

Opioider (ATC-gruppe N02A)

Gruppen deles i svake og sterke opioider. Svake opioider inkluderer kodein (i kombinasjon med paracetamol), tramadol og dekstropoksyfen (avregistrert i 2010). Sterke opioider inkluderer morfin, oksykodon, fentanyl, buprenorfin, hydro-morfon, ketobemidon og tapentadol.

Angstdempende benzodiazepiner (ATC-gruppe N05BA + klonazepam)

Gruppen inkluderer diazepam, oxazepam, alprazolam og klonazepam (ATC-gruppe N03AE01). Klonazepam er godkjent for behandling av epilepsi, men brukes også som angstdempende middel.

Sovemidler benzodiazepiner (ATC-gruppe N05CD)

Gruppen inkluderer nitrazepam, flunitrazepam og midazolam.

Z-hypnotika (ATC-gruppe N05CF)

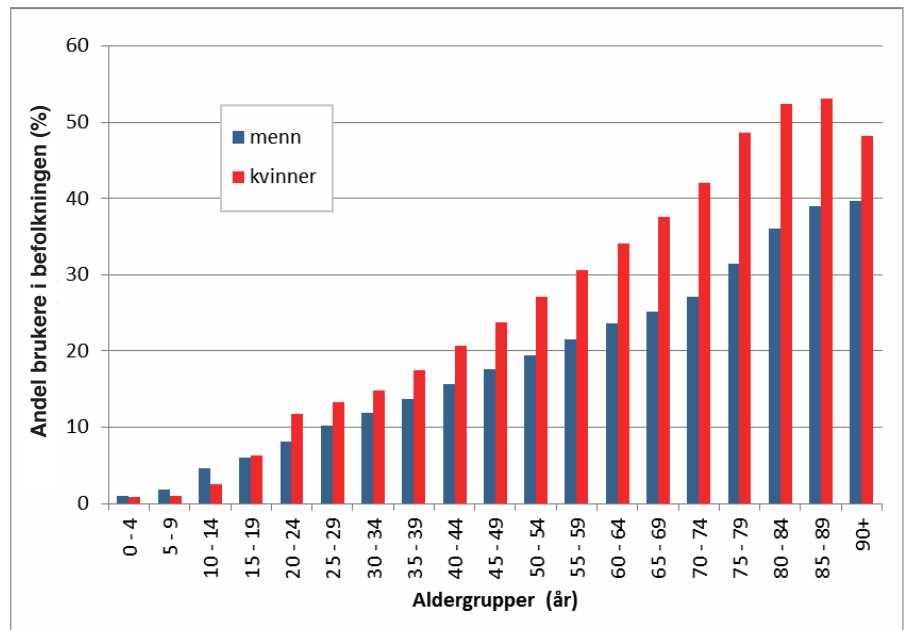
Gruppen inkluderer zopiklon og zolpidem.

Sentralstimulerende midler (ATC-gruppe N06BA)

Gruppen inkluderer amfetamin, deksamfetamin, metylfenidat, modafinil og atomoksetin (ikke klassifisert som vanedannende legemiddel). Sentralstimulerende legemidler brukes i hovedsak ved behandling av ADHD. I denne studien omtales disse som ADHD-midler. Noen av dem som får sentralstimulerende legemidler blir behandlet for narkolepsi. Dette gjelder spesielt eldre pasienter.

Definisjon av brukere

Brukere defineres som personer som har



Figur 1. Andel (%) brukere av vanedannende legemidler (eksklusive hostemidler og legemidler som brukes i legemiddelassistent rehabilitering) i Norge i 2013 fordelt på 5 års aldergrupper og kjønn.

hentet minst ett vanedannende legemiddel på apotek i et gitt år. Andel (%) brukere er definert som antall brukere per 100 innbyggere i et angitt befolkningsutvalg. Det betyr at en person blir definert som bruker et gitt år dersom personen er registrert i Reseptregisteret en gang i løpet av året innenfor en gitt legemiddelgruppe. Siden det hovedsakelig er voksne som bruker vanedannende legemidler (tabell 1) er kun data for den voksne befolkningen presentert for de enkelte legemiddelgruppene.

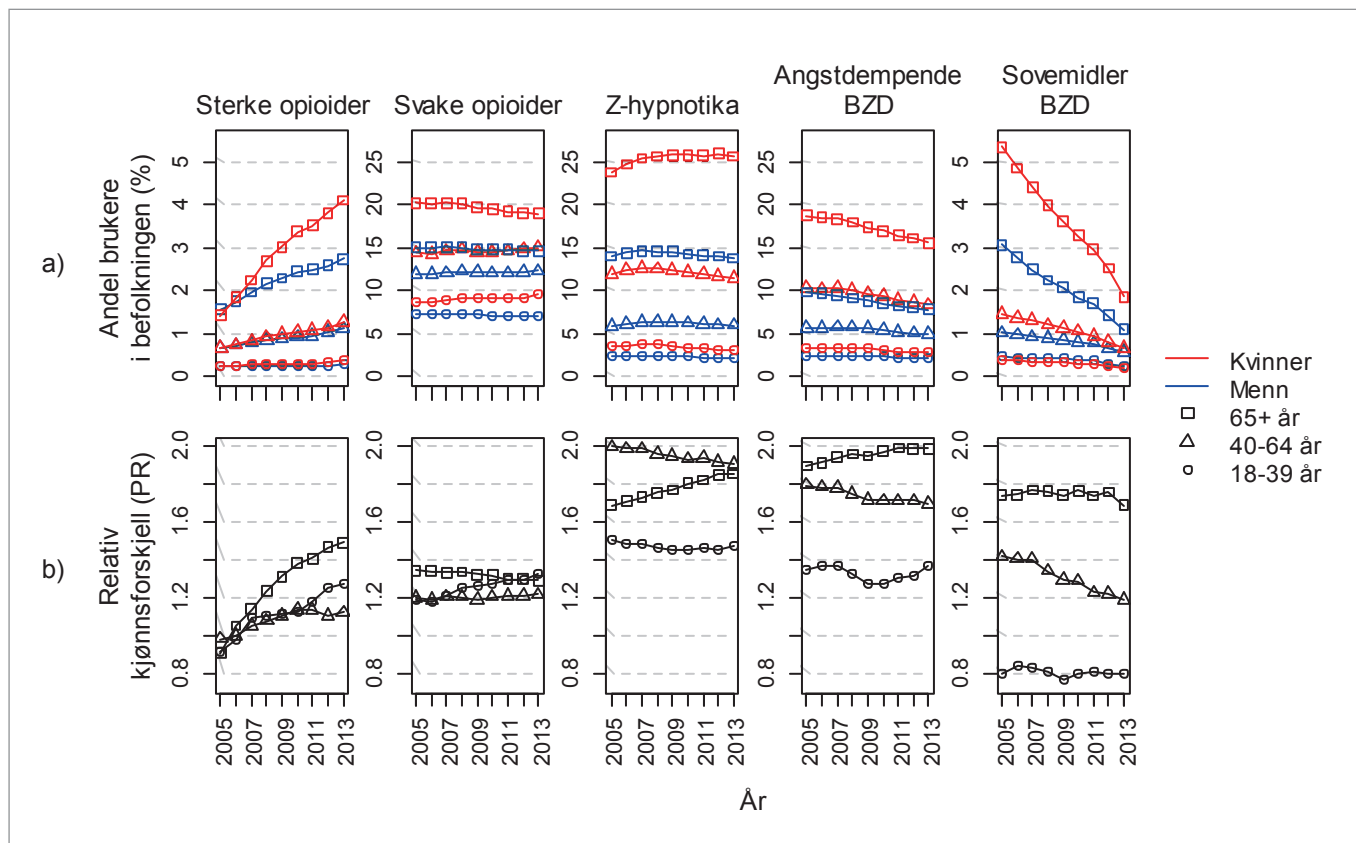
Mål på kjønnsforskjeller

Relative kjønnsforskjeller er definert som andel kvinnelige brukere dividert med andel mannlige brukere og benevnes prevalensratio

(PR). PR > 1 indikerer at andelen kvinnelige brukere er større enn andelen mannlige brukere.

RESULTATER

Totalt fikk 907 744 personer i Norge (18 %) utlevert minst ett vanedannende legemiddel i 2013; 533 966 kvinner (21 %) og 373 778 menn (15 %). Andelen som brukte vanedannende legemidler økte med alderen både for kvinner og menn (figur 1). Blant de yngste (opp til 14 år) var andelen størst blant gutter. Fra 15 år og eldre fikk en større andel kvinner enn menn vanedannende legemidler og den relative forskjellen økte med alderen. I aldersgruppen 75–79 fikk 48,6 % av kvinnene og 31,4 % av mennene minst én



Figur 2. a) Andel (%) unge, middelaldrende og eldre kvinner og menn som brukte ulike vanedannende legemidler i perioden 2005–2013 (BZD = benzodiazepiner). b) Relativ kjønnsforskjell (PR = prevalensratio = andel kvinnelige brukere / andel mannlige brukere).

utlevering i 2013 (PR = 1,55). Utflatingen/ nedgangen i andel brukere for de eldste aldersgruppene skyldes at medisinbruk på institusjon ikke er med.

I 2013 var andelen kvinnelige brukere høyere enn andelen mannlige brukere i alle grupper av vanedannende legemidler bortsett fra ADHD-midler (tabell 1). Svake opioider var legemiddelgruppen med høyest andel brukere i 2013 (11,3 % av kvinnene og 8,7 % av mennene). Dette tilsvarer en relativ kjønnsforskjell på PR = 1,29. Den relative kjønnsforskjellen var størst for z-hypnotika, hvor andelen brukere var 9,3 % hos kvinner og 4,7 % hos menn (PR = 1,97). For angstdempende benzodiazepiner var PR = 1,86 mens forskjellene var minst for svake opioider (PR = 1,29).

Utvikling i bruk og kjønnsforskjeller over tid

Det har vært en økning i bruk av sterke opioider fra 2005 til 2013 i de to eldste aldersgruppene (figur 2a). I 2005 var andelen brukere av sterke opioider i alle aldersgruppene lik eller lavere blant kvinner enn blant menn (PR = 0,92, 0,99 og 0,91

for henholdsvis 18–39, 40–64 og 65+). Fra 2007 har andelen brukere vært høyere hos kvinner enn hos menn. Kjønnsforskjellen har økt over tid, særlig hos de over 65 år (figur 2b). I denne aldersgruppen var andelen kvinnelige brukere 50 % høyere enn andelen hos menn i 2013 (PR = 1,50).

Bruken av svake opioider har ikke endret seg mye i noen av aldersgruppene og kjønnsforskjellene har vært ganske stabile over tid, men økt noe i den yngste aldersgruppen (fra PR = 1,18 til PR = 1,33) (figur 2b).

Andel brukere av z-hypnotika i perioden 2005–2013 har vært relativt stabil hos begge kjønn og i alle aldersgrupper (figur 2a). De relative kjønnsforskjellene er store, spesielt for aldersgruppen 40–64 år (figur 2b). Kjønnsforskjellen har økt litt i den eldste aldersgruppen (PR fra 1,69 til 1,86) mens den har avtatt litt i aldersgruppen 40–64 år (PR fra 2,00 til 1,91) (figur 2b).

Fra 2005 til 2013 har det vært en svak reduksjon i bruken av angstdempende benzodiazepiner for kvinner over 40 år og for menn over 65 år (figur 2a). Den relative kjønnsforskjellen er størst for de eldste (figur

2b) og forskjellen har også økt svakt over tid i denne gruppen (PR = 1,85 til PR = 1,96).

Andel brukere av benzodiazepiner som sovemiddel i studieperioden har blitt kraftig redusert, spesielt for de eldste (figur 2a). For den yngste aldersgruppen (18–39 år) er andelen brukere høyere blant menn enn blant kvinner i hele studieperioden (figur 2b).

DISKUSJON

Rundt 900 000 individer (18 %) i Norge brukte vanedannende legemidler i løpet av et år. Bruken av vanedannende legemidler økte med alderen hos begge kjønn. Samtidig var det store kjønnsforskjeller i bruk av vanedannende legemidler og en større andel av voksne kvinner i forhold til menn brukte slike legemidler. De relative kjønnsforskjellene var størst for z-hypnotika og angstdempende benzodiazepiner, nesten dobbelt så stor andel kvinner som menn brukte slike legemidler. Når det gjelder benzodiazepiner og z-hypnotika var kjønnsforskjellene avhengig av alder, mens dette var mindre uttalt for opioider, og særlig for svake opioider.

Vanedannende legemidler brukes

hovedsakelig av voksne. Det er bare ADHD-midlene som skiller seg ut. Nesten halvparten av brukerne av ADHD-midler er under 18 år, og hovedsakelig gutter/menn. Dette forklarer at det i de yngste aldersgruppene er en større andel gutter enn jenter som bruker vanedannende legemidler.

Opioider var den gruppen av vanedannende legemidler med flest brukere i Norge, og det var svake opioider som ble mest brukt. Vi vet fra andre studier at det er kombinasjonspreparater med kodein som dominerer markedet, men det har vært en økning i bruk av tramadolholdige preparater hos både kvinner og menn (3). Andelen som brukte opioider var høyere hos kvinner enn hos menn. Langvarige smerter er mer utbredt blant kvinner enn menn (5). Kjønnsforskjellene er moderate når det gjelder rapportert smerte generelt, men betydelig større for mer uttalte smerter (18). Opioider brukes i behandling av moderate til sterke smerter. Laboratorieforsøk med både dyr og mennesker antyder at det eksisterer biologiske kjønnsforskjeller i opplevelse av smerte (19) som kanskje kan forklare disse funnene.

Det har vært en tiltakende bruk av sterke opioider både hos kvinner og menn. Det har i den senere tid vært økende fokus på optimal smertelindring hos pasienter med langvarige ikke-krefrelaterte smerter (2). For denne gruppen av pasienter har bruk av opioider blitt mer akseptert. Dette kan være en årsak til den økende bruken av sterke opioider. Et interessant funn i denne sammenhengen er at den relative kjønnsforskjellen i bruken av sterke opioider var økende, spesielt i aldersgruppen over 65 år, hvor andelen brukere hos kvinner var langt høyere enn hos menn. En mulig forklaring på den økende kjønnsforskjellen kan skyldes at langvarige smerter er mer utbredt blant kvinner enn blant menn og at det etter hvert er blitt mer akseptert at slike smerter kan behandles med opioider (5).

Z-hypnotika kom på marked i 1994 og bruken økte kraftig frem til 2007 (3). Etter dette har andelen brukere stabilisert seg. Det er rapportert at forekomsten av insomni hos voksne i Norge lå på omkring 16 % i 2010 (20). Insomni forekommer hyppigere hos kvinner (6), spesielt rapporterer eldre kvinner oftere insomni (20), men kjønnsforskjellen ses allerede i ungdomsalderen (21). Tallene for bruk av z-hypnotika samsvarer med det mønster som er rapportert for insomni. Bruken økte med alderen, og en større andel kvinner enn menn brukte medikamentene. Blant de eldste kvinnene var andelen som brukte z-hypnotika i samme størrelsesorden som andelen som rapporterer insomni (20).

Etter at triazolam ble trukket fra markedet på grunn av fokus på uheldige bivirkninger

begynte forbruket av benzodiazepiner å gå ned. I 2003 ble flunitrazepam flyttet til reseptgruppe A. Dette har medført en ytterligere nedgang i bruken av benzodiazepiner brukt som sovemiddel (3). Andelen kvinner 65 år og eldre som brukte benzodiazepiner som sovemiddel ble redusert fra 5,3 % til 1,9 %, og dette var mer enn en halvering av bruken fra 2005 til 2013. Den samme relative reduksjonen observeres hos de eldste mennene. Dette er en gunstig utvikling sett i lys av de uheldige bivirkningene, for eksempel økt risiko for fall, som spesielt eldre kan oppleve ved bruk av benzodiazepiner (22). Et resultat det er verdt å påpeke er at i den yngste aldersgruppen var kjønnsforskjellen motsatt av det som ble observert for alle andre grupper av vanedannende legemidler hos voksne, en større andel unge menn brukte benzodiazepiner som sovemidler enn kvinner. Andelen unge menn som brukte slike legemidler er lav (2000 menn, 0,3 % i 2013), men man kan spekulere i om det i denne gruppen er en del personer med misbruksproblematikk siden det er kjent at andelen unge menn er høy blant misbrukere, og at benzodiazepiner er ettertraktende legemidler for denne gruppen (23).

For angstdempende benzodiazepiner var det også en reduksjon i andel brukere, men den var ikke så uttalt som for benzodiazepiner brukt som sovemiddel. De angstdempende benzodiazepinene brukes fremdeles av en stor pasientgruppe og andelen kvinner som brukte disse var omtrent dobbelt så høy som hos menn. Andelen som rapporterer angstlidelser eller får behandling for slike lidelser er omtrent dobbelt så høy hos kvinner som hos menn (4, 24).

Data fra Reseptregisteret om hvor mange personer som har fått utlevert legemidler fra apotek i Norge er brukt i denne studien. Data om legemidler som brukes i institusjon er ikke tilgjengelig i Reseptregisteret på individnivå. Derfor kan både antall og andel brukere i den eldste aldersgruppen reelt sett være litt høyere enn det som fremkommer i denne studien. Vi vet imidlertid at ikke alle som henter legemidler på apoteket bruker disse (25). Dette er spesielt relevant for legemidler som ikke brukes regelmessig, og dette er en svakhet ved studien som kan lede til overestimering av antall brukere. Når det gjelder kjønnsforskjeller har vi ikke tatt hensyn til alderssammensetning hos hjemmeboende eldre, og dette kan ha påvirket de relative kjønnsforskjellene i den eldste aldersgruppen.

KONKLUSJON

I underkant av en million personer i Norge fikk utlevert minst ett vanedannende legemiddel i løpet av 2013. Kvinner brukte mer enn menn av alle typer vanedannende legemidler

unntatt ADHD-midler. Kjønnsforskjellene har stort sett vært uforandret i perioden 2005–2013. Unntaket er sterke opioider der kjønnsforskjellene har økt over tid, særlig hos de over 65 år.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

REFERANSER

1. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig veileder vanedannende legemidler – rekvirering og forsvarlighet, IS -2014, 2014.
2. Helsedirektoratet. Nasjonal faglig veileder. Bruk av opioider ved langvarige ikke-krefrelaterte smerter. helsedirektoratet.no/sites/bruk-av-opioider/Sider/default.aspx.
3. Skurtveit S, Sakshaug S, Hjelvik V et al. Bruk av vanedannende legemidler i Norge 2005–2013. Basert på data fra Reseptregisteret. ISBN: 978-82-8082-630-5: Folkehelseinstituttet, 2014.
4. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et al. Prevalence of mental disorders in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. *Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum* 2004; 21–7; doi: 10.1111/j.1600-0047.2004.00327.x.
5. Fillingim RB. Sex, gender, and pain: women and men really are different. *Current review of pain* 2000; 4: 24–30.
6. Sivertsen B, Krokstad S, Overland S et al. The epidemiology of insomnia: associations with physical and mental health. The HUNT-2 study. *Journal of psychosomatic research* 2009; 67: 109–16; doi: 10.1016/j.jpsychores.2009.05.001.
7. Hartz I, Tverdal A, Skille E et al. Disability pension as predictor of later use of benzodiazepines among benzodiazepine users. *Social science & medicine* (1982) 2010; 70: 921–5; doi: 10.1016/j.socscimed.2009.11.015.
8. Hausken AM, Skurtveit S, Rosvold EO, et al. Psychotropic drug use among persons with mental distress symptoms: a population-based study in Norway. *Scandinavian journal of public health* 2007; 35: 356–64; doi: 10.1080/14034940601159161.
9. Neutel CI, Skurtveit S, Berg C. What is the point of guidelines? Benzodiazepine and z-hypnotic use by an elderly population. *Sleep medicine* 2012; 13: 893–7; doi: 10.1016/j.sleep.2011.12.014.
10. Skurtveit S, Furu K, Borchgrevink P et al. To what extent does a cohort of new users of weak opioids develop persistent or probable problematic opioid use? *Pain* 2011; 152: 1555–61; doi: 10.1016/j.pain.2011.02.045.
11. Svendsen K, Fredheim OM, Romundstad P et al. Persistent opioid use and socio-economic factors: a population-based study in Norway. *Acta anaesthesiologica Scandinavica* 2014; 58: 437–45; doi: 10.1111/aas.12281.
12. Statens Serum Institut. MEDSTAT.DK. www.medstat.dk.
13. Socialstyrelsen. Statistikdatabas for lækemedel. www.socialstyrelsen.se/statistik/statistikdatabas/lakemedel.
14. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et al. Psychotropic drug utilization in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD)

- project. Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum 2004: 55-64; doi: 10.1111/j.1600-0047.2004.00331.x.
15. Olfson M, King M, Schoenbaum M. Benzodiazepine Use in the United States. JAMA psychiatry 2014; doi: 10.1001/jamapsychiatry.2014.1763.
 16. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Reseptregisteret. www.reseptregisteret.no.
 17. WHO Collaborating Centre for Drug Statistics Methodology. ATC Classification Index with DDDs 2013. www.whocc.no/atc_ddd_index.
 18. Nasjonalt folkehelseinstitutt. Folkehelse rapporten 2014. Langvarige smertetilstander i Norge www.fhi.no/eway/default.aspx?pid=239&trg=Content_7242&Main_6157=7239:0:25,8904&MainContent_7239=7242:0:25,8906&Content_7242=7244:110546::0:7243:9::0:0
 19. Mogil JS, Bailey AL. Sex and gender differences in pain and analgesia. Progress in brain research 2010; 186: 141-57; doi: 10.1016/b978-0-444-53630-3.00009-9.
 20. Pallesen S, Sivertsen B, Nordhus IH et al. A 10-year trend of insomnia prevalence in the adult Norwegian population. Sleep medicine 2014; 15: 173-9; doi: 10.1016/j.sleep.2013.10.009.
 21. Hysing M, Pallesen S, Stormark KM et al. Sleep patterns and insomnia among adolescents: a population-based study. Journal of sleep research 2013; 22: 549-56; doi: 10.1111/jsr.12055.
 22. Maxwell CJ, Neutel CI, Hirdes JP. A prospective study of falls after benzodiazepine use: a comparison of new and repeat use. Pharmacoepidemiology and drug safety 1997; 6: 27-35; doi: 10.1002/(sici)1099-1557(199701)6:1<27::aid-pds240>3.0.co;2-s.
 23. Grønnerud L, Mahic M, Bramness JG. Bruk av benzodiazepiner og z-hypnotika blant pasienter i LAR. Norsk Farmaceutisk Tidsskrift 2014; 10: 53-7.
 24. Alonso J, Angermeyer MC, Bernert S et al. Use of mental health services in Europe: results from the European Study of the Epidemiology of Mental Disorders (ESEMeD) project. Acta psychiatrica Scandinavica. Supplementum 2004: 47-54; doi: 10.1111/j.1600-0047.2004.00330.x.
 25. Skurtveit S, Selmer R, Odsbu I et al. Self-reported data on medicine use in the Norwegian Mother and Child cohort study compared to data from the Norwegian Prescription Database. Norsk Epidemiologi 2014; 24: 209-216.

Manuskriptet ble mottatt 10. oktober 2014 og godkjent 16. januar 2015. ■

RESEARCH ARTICLE, SUMMARY

Gender differences in use of addictive prescription drugs in Norway

Purpose

To study gender differences in prescribing of addictive drugs in Norway and changes over time.

Materials and methods

Data from the Norwegian Prescription Database for the period 2005-2013 was used to study the prevalence of use of the most frequently used addictive drugs in Norway. The groups studied were: opioids, benzodiazepines, z-hypnotics and psychostimulants (ADHD-agents). A person with at least one of these drugs dispensed at a pharmacy in a given year was defined as a user.

Results

A total of 907,744 persons in Norway (18%) used at least one addictive

prescription drug in 2013; 533,966 women (21%) and 373,778 men (15%). In 2013, the prevalence of use was higher among adult women than among adult men and the relative gender difference increased with age. The relative gender differences were greatest for z hypnotics and anxiolytics benzodiazepines, the prevalence of use was almost twice as high among women compared to men (Prevalence Ratio 1.97 and 1.86, respectively).

Conclusion

Almost a million persons in Norway used at least one addictive drug in 2013. The proportion of use was higher in women than in men, and the gender differences were relatively stable in the study period.

Kompetanse- oppbyggingsfondet

Kompetanseoppbyggingsfondet har for 2015 avsatt midler til stipend vedrørende opplæring/etterutdanning i ledelse for farmasøyter i apotek. NFF og Virke har oppnevnt styret for fondet. Søknader avgjøres av fondsstyret.

Det kan søkes stipend for inntil kr 25 000,-. Stipend gis for hel eller delvis dekning av faktiske utgifter så som kursavgift, semesteravgift, læremidler (ikke PC, prosjektor med mer), reiseutgifter, eksamensavgift og liknende.

Det er en forutsetning for utbetalingen at tiltaket faktisk gjennomføres og at endelig oppgjør skjer mot innsendte originalkvitteringer.

Stipend kan gis for tiltak som gjennomføres i 2015 eller 2016. Søknaden skrives på eget skjema som fåes ved henvendelse til Norges Farmaceutiske Forening.

Søknadsfristen er 1. juni 2015.

Søknad sendes til:
Kompetanseoppbyggingsfondet
c/o Norges Farmaceutiske Forening
Tollbugt. 35, 0157 Oslo
eller på e-post: nff@farmaceutene.no

Eventuelle spørsmål kan rettes til gen.sekr. Edvin A. Aarnes på tlf.: 21 02 33 54