

OSLOMET

FORBRUKSFORSKNINGSINSTITUTTET SIFO

Byttemedisin? Nei, takk. En kvalitativ studie av byttenekt i legemiddelforbruket

Ida Helene Dahl Torp

OSLO METROPOLITAN UNIVERSITY
STORBYUNIVERSITETET



© Forbruksforskningsinstituttet SIFO
OsloMet – storbyuniversitetet
SIFO-Rapport 1 – 2020

Forsidefoto: pettycon/pixabay.com


Forbruksforskningsinstituttet SIFO
OsloMet – storbyuniversitetet
Stensberggt. 26 – 7. etg.
Postboks 4 St. Olavs plass
0130 Oslo
www.oslomet.no/om/sifo

Forbruksforskningsinstituttet SIFO utgir:

- Rapporter – som er kvalitetssikret og godkjennes av SIFO ved direktør/forskningsledere
- Notater – som godkjennes av prosjektleder.

Det må ikke kopieres fra denne rapporten i strid med åndsverksloven. Rapporter lagt ut på Internett, er lagt ut kun for lesing på skjerm og utskrift til eget bruk. Enhver eksemplarframstilling og tilgjengeliggjøring utover dette må avtales med SIFO. Utnyttelse i strid med lov eller avtale, medfører erstatningsansvar.

STORBYUNIVERSITETET
FORBRUKSFORSKNINGSINSTITUTTET SIFO

Tittel Byttemedisin? Nei, takk. En kvalitativ studie av byttenekt i legemiddelforbruket.	Antall sider 65	Dato 05.01.2020
Title Generic Medicines? No, thanks. A Qualitative Study of "Refusal of Change" in Medicine Consumption	ISBN 978-82-7063-503-0	ISSN
Forfatter(e) Ida Helene Dahl Torp	Prosjektnummer 200260	Faglig ansvarlig sign. 
Oppdragsgiver Forbruksforskningsinstituttet (SIFO), ved OsloMet		
Sammendrag I denne rapporten undersøker jeg hvorfor noen ikke ønsker å bytte til generiske legemidler når forespurt dette på apoteket ved henting av reseptpliktige medisiner. De kvalitative intervjuene studeres fra et praksisteoretisk perspektiv som vektlegger forbruk. Først presenteres ulike hverdagslige praksiser som belyser kompleksiteten ved byttenekt. Deretter fordeles kjennetegn ved disse inn i en <i>pasientpraksis</i> og en <i>forbrukerpraksis</i> . Avslutningsvis diskuterer jeg hvordan disse to praksisene kommer til uttrykk i apoteket og hvordan de benyttes av forbrukerne for å håndtere valget mellom original- og synonympreparater.		
Summary This report examines studies of why patients chooses not to opt for generic drugs at pharmacies when picking up their prescription drugs. This paper contains qualitative interviews that have been studied through a perspective of theories of practice that emphasizes consumption. The first topic of interest is everyday practices, highlighting the complexity of <i>refusal of change</i> . Secondly, I distribute the characteristics of these into a <i>patient practice</i> and a <i>consumer practice</i> . Lastly, this paper provides a comparative discussion of how these two practices are expressed in the pharmacy and how they are used by the consumers to handle the choice between the original and generic medicine.		
Stikkord generisk bytte, helse- og forbrukspolitik, legemiddelforbruk, praksisteori, hverdagsliv, tillit, rutiniserte handlinger, apotek.		
Keywords generic substitution, health policy, political consumerism, medicine consumption, practice theory, everyday life, trust, routinized behavior, pharmacy.		

Sammendrag

Temaet for denne rapporten er det som på det medisinske fagspråket kalles *generisk bytte*. *Medisinbytte*, som det også heter, er å erstatte legemidler av en produsent med en annen, hvor virkestoffet er det samme, men pris og navn er ulikt. Etter at den nye apotekloven i Norge kom i 2001, ble det mulig for apotek å bytte fra originalpreparat til godkjente synonympreparater dersom hverken legen eller pasienten motsatte seg sistnevnte. Synonympreparatene er som regel rimeligere ettersom produsenten ikke har hatt utviklings- og forskningskostnader. Dersom pasienten ikke ønsker å bytte, vil legemiddelkostnadene bli dyrere. Statistikken viser at en del av befolkningen ikke ønsker byttemedisin. Denne rapporten har som mål å undersøke grunnene til «byttenekt».

- 1) *Hva gjør at noen foretrekker medisinske originalpreparater, selv om foreslåtte alternativer skal være like gode og billigere?*

Dette er interessant fra et helsepolitisk perspektiv på den ene siden, da det koster velferdsstaten og forbrukerne flere millioner kroner i året. På den andre siden åpner en slik problemstilling opp for diskusjon av antakelser om forbrukere og forbruk.

- 2) *Hvordan kan legemiddelforbruk studeres i et praksisteoretisk perspektiv?*

En grunnleggende antakelse i denne oppgaven er at forbruk av legemidler, kan forstås i sammenheng med andre hverdagslige handlinger. Videre forutsetter jeg at hverdagslige handlinger ofte kjennetegnes av rutiniserte forbruksmønstre. Praksisteori tilbyr et perspektiv som er godt egnet til en analyse av slike mønstre, ettersom det praksisteoretiske perspektivet er mangfoldig og sammensatt.

- 3) *Hvordan håndteres ansvaret for å velge mellom original- og synonympreparat blant forbrukerne?*

Byttemedisin er også interessant fra et forbrukspolitisk perspektiv, ettersom forbrukerne delvis stilles til ansvar for at samfunnet skal spare penger som kan brukes på andre helsetjenester. Hvilke utfordringer og spenninger kan oppstå på bakgrunn av de ulike hverdagslige praksisene legemiddelforbruket er sammensatt av, og hvordan balanseres disse? Hvilke verdier, kunnskaper og ressurser spiller inn når valget om bytte skal tas i apoteket, og hvilke er avgjørende for byttenekt?

I arbeidet med dette prosjektet har jeg hovedsakelig benyttet meg av det kvalitative forskningsintervjuet som metode for å samle og analysere empiriske data. Materialet består av semistrukturerte enkelt- og parintervjuer med 12 informanter.

I denne rapporten diskuteres praksisteorien og hvordan dens hovedbegreper kan strukturere en analyse av legemiddelforbruket. Her identifiserer jeg viktigheten av for det første, legemidlers form, farge og funksjon, frykt for egen helse og verdsetting av rutiniserte ferdigheter ved å ta tabletter til samme tid hver dag. For det andre drøftes ideen om at «legens ord er loven», lydighet, ansvar og muligheten til å evaluere hvorvidt en handling er riktig eller ei. For det tredje, ideer om hva som kjennetegner «billig kopimedisin», trygghet og sparsommelighet. Sammensetningen av disse ulike verdiene, kunnskapene og ressursene kan

plasseres inn i idealtypene jeg velger å kalle «forbrukerpraksisen» og «pasientpraksisen». Begge disse praksisene trekker informantene på når de skal hente reseptpliktige legemidler i apoteket. Det oppstår spenninger mellom de to som gjør det vanskelig for informantene å velge mellom original- og synonympreparat. Byttenekt kan tolkes som et uttrykk for at pasientpraksisen dominerer i apoteksituasjonen, mens forbrukerpraksisen er satt til side.

Summary

The aim of this report deals with what in the medical language is referred to as *generic substitution*. The act of *medicine switching* is to dispense a drug made by one manufacturer with another, where the active substance is the same, but price and name are different. In 2001 in Norway, it became possible for pharmacies to switch from original brands to approved synonyms if neither the doctor nor the patient opposed the latter. Synonyms are usually less expensive as the manufacturer does not have development and research costs. If the patient does not want to switch, this means that the drug costs will be higher. The statistics show that part of the population does not want generic medicines. The goal of this report is to investigate the reasons for *refusal of change*.

- 1) What make some people prefer original medicines, even though suggested alternatives should be just as good and cheaper?

This is interesting from a perspective of health policy, on the one hand, as it costs the welfare state and consumers several millions a year; while on the other hand, such an issue opens up discussions related to assumptions of consumers and consumption.

- 2) How can drug consumption be studied from a perspective of practice theory?

A basic assumption in this study is that consumption of drugs can be understood in the context of other everyday actions. Furthermore, I assume that everyday actions are often characterized by routinized consumption patterns. Practice theory offers a perspective which is well suited to an analysis of such patterns, due to its diverse and complex nature.

- 3) How is the responsibility for choosing between original and synonymous medicines among consumers handled?

Generic substitution is also interesting from a perspective of political consumerism, as consumers are partly held accountable for society to save money that can be spent on other health services. Which challenges and tensions can arise from the various everyday practices drug consumption is composed of, and how are these balanced? Which values, knowledge and resources are involved when choosing between the different brands, and which are decisive for the refusal of change?

In working on this project, I have mainly used the qualitative research interview as a method for collecting and analyzing empirical data. The material consists of semi-structured single and pair interviews with 12 informants.

In this paper, I discuss the practice theory and how its main concepts can structure an analysis of drug consumption. Here, I identify the importance of, first, the shape, color and function of drugs, the participants fear of their own health, and the appreciation of routine skills by taking tablets at the same time each day. Second, the ideas that "the doctor's word is the law", obedience, responsibility and the ability to evaluate whether an action is right or not is discussed. Third, ideas of what characterizes "cheap copy medicine", security and thrift. The

composition of these different values, knowledge and resources can be placed into the ideal types I choose to call "consumer practice" and "patient practice". My informants draw on both of these practices when picking up prescribed drugs at the pharmacy. Tensions arise between the two, which makes it difficult for the informants to choose between the original and synonymous medicines. Refusal of change can be interpreted as an expression of the fact that the patient practice dominates when the informants are picking up their prescribed medicines and choosing between the original and generic drugs, while the consumer practice is set aside.

Forord

Denne rapporten er en omgjort masteroppgave i sosiologi fra Universitetet i Oslo 2019, med samme tittel: «Byttemedisin? Nei, takk. En kvalitativ studie av byttenekt i legemiddelforbruket».

Professor i sosiologi, ved Universitetet i Oslo, Anne Krogstad har vært hovedveileder for masteroppgaven. Arne Dulsrud har vært biveileder ved Forbruksforskningsinstituttet SIFO og har hatt det faglige ansvaret for omarbeidingen til SIFO-rapport.

Jeg ønsker å takke Forbruksforskningsinstituttet SIFO for å gi meg muligheten til å omarbeide masteroppgaven til SIFO-rapport. Takk til Silje Elisabeth Skuland for gode kommentarer og Magnus Lehn for språkvask av sammendragene på engelsk. Tusen takk til Arne Dulsrud for kvalitetssikring av rapporten og gode kommentarer og tilbakemeldinger underveis i arbeidet.

Oslo, januar 2020

Forbruksforskningsinstituttet SIFO

OsloMet – Storbyuniversitetet

Innhold

Sammendrag	2
Summary	4
Forord	6
1. Byttemedisin og byttenekt	9
1.1 Forskningsspørsmål.....	10
2. Apoteket og bytteordningen	11
2.1 Apoteket	11
2.2 Generisk bytte.....	12
2.3 Byttenekt.....	13
2.4 Tidligere forskning på generika	13
3. Fra helse- til forbrukspolitikk	15
3.1 Pasient eller forbruker?	15
3.2 Det hverdagslige forbruket	16
3.3 Praksisteori	17
4. Kvalitative intervjuer	21
4.1 Utvalgskriterier og rekruttering	21
4.2 Datainnsamling: Intervjuene	22
5. Generika i praksis.....	24
5.1 Legemiddelforbruk i hjemmet	24
5.2 Legebesøket	29
5.3 Shopping.....	34
5.4 Praksisbunten	41
6. Diskusjon: Tautrekking i apoteket	43
6.1 Pasientpraksis og forbrukerpraksis	43
6.2 Motstridende meninger	44
6.3 Kompetansekonflikt.....	46
6.4 Helseråd giver eller selger? Medisiner eller håndkremer?	49
7. Konklusjon.....	53
7.1 Å studere grunnene til byttenekt.....	53
7.2 Funnenes relevans for videre forbruksforskning.....	55
Litteratur.....	57
Vedlegg 1: Flygeblad, rekruttering i Apotek.....	66
Vedlegg 2: Rekruttering via Facebook.....	67
Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykke	68
SIFO RAPPORT 1-2020	7

Vedlegg 4: Intervjuguide	70
Vedlegg 5: Prisøvelse	75

1. Byttemedisin og byttenekt

Pasienten forlater legens kontor. «Blodtrykket ditt er for høyt» hadde han fått beskjed om, «du kan hente medisinen på apoteket». Åtte år senere står pasienten med en krøllet kølapp i hånden. Det er sikkert tre måneder siden sist, det er i alle fall ikke nok tabletter igjen til å fylle ukesdosen. «Pling!». Han baner seg vei mellom hyllereoler og sjokkselgere fylt med smertestillende og solkrem, før han når frem til disken med samme nummer som på lappen. «Jeg trenger påfyll av denne» sier han og fisker opp en avrevet pappbit fra lomma. Det er deler av en pilleeske, og medisinen navn kan tydes på den. Apotekespeditøren finner frem mannens resept. «Nå har det kommet et rimeligere alternativ til denne medisinen, ønsker du å bytte til den?» spør hun. Kunden kikker på pappbiten. «Er det akkurat det samme?» spør han.

Ved avhenting av reseptpliktige medisiner på apoteket kan man få spørsmål om man ønsker å bytte fra originalprodusent til et *generisk alternativ*. Dersom vedkommende ønsker originalprodusent, men ikke har medisinske grunner til å ikke bytte, er kunden nødt til å betale prisforskjellen. Som følge av slike reservasjoner mot bytte ble det beregnet en merkostnad på 401 millioner kroner i 2018, hvorav 171 millioner ble belastet pasientene og 230 millioner ble dekket av folketrygden (Jøsendal, 2018: 29). Hva gjør at noen er villige til å betale så mye ekstra i omkostninger, når forskere er enig om at synonympreparatene effekt og sikkerhet er likeverdig originalenes? Spørsmål som dette er av helsepolitisk interesse da det bidrar til et stort samfunnsøkonomisk tap. Eksempler på motivasjon for å redusere disse store summene har vist seg i ulike medier. Kampanjer som har hatt til hensikt å opplyse folk om medisinbyttets positive sider, har vært forsøkt spredt via sosiale medier i videoformat og brosjyrer i apoteklokaler. Incentivet for å bytte er at beløpet fellesskapet kan spare, kan brukes til å forbedre pasienters helsetjenester. Apotekforeningen oppsummerer det med frasen: «Si ja til å bytte, det er til felles nytte» (Åse, 2017). Likevel er det en andel av befolkningen som ikke ønsker å bytte.

Formålet med fortellingen jeg har forfattet innledningsvis er å sette situasjonene som spørsmål om bytte gjerne skjer i, og hvilken rolle forbrukerne har i apoteksituasjonen. Handlingene man gjør er ofte repeterende. Hver tredje måned må ny dose medisin hentes på apoteket, og minst én gang i året må legen besøkes for å fornye reseptene ettersom de kun holder ett år. Piller legges i dosettesker og medisiner konsumeres til bestemte tider hver dag. Etter flere år med en medisin kan man plutselig få spørsmål om å bytte til et generisk alternativ på apoteket, dersom dette har blitt utviklet. *Byttenekt*¹ (som jeg velger å kalle det) vil undersøkes med et analytisk perspektiv som handler om forbruk, hvor trivielle, hverdagslige og rutiniserte handlinger vektlegges. Formålet med denne rapporten er å belyse grunnene til det å avslå tilbudet om byttemedisin ved å studere hvordan byttenekt «skjer», ikke kun i øyeblikket foran direkteresepturdisken på apoteket alene, men som en strøm av hverdagslige handlinger. I tillegg til den helsepolitiske relevansen er reservasjon mot generiske medisiner også interessant fra en forbrukspolitisk tilnærming, ettersom ordningen

¹ Begrepet byttenekt problematiseres under del 2.3

legger en samfunnsøkonomisk byrde på forbrukernes skuldre. Hvor mye ansvar og tillit kan man forvente at forbrukerne skal ha i en slik helseøkonomisk situasjon, og hvordan håndterer forbrukerne dette valget?

1.1 Forskningsspørsmål

Med et helse- og forbrukspolitisk utgangspunkt stiller jeg forskningsspørsmålet:

- 1) *Hva det er som gjør at noen foretrekker medisinske originalpreparater, selv om foreslåtte alternativer skal være like gode og billigere?*
- 2) *Hvordan kan legemiddelforbruk studeres i et praksisteoretisk perspektiv?*

Hensikten med spørsmål 2 er å utforske hvordan spørsmålet om byttenekt kan operasjonaliseres, hvor praksisteori vil fungere som en strukturforankring av analysen. Videre stilles det spørsmål ved hvilke hverdagspraksiser som legemiddelforbruket er knyttet til, og hvordan ulike praksiser kan bidra til kunnskap om grunnene til byttenekt.

- 3) *Hvordan håndteres ansvaret for å velge mellom original- og synonympreparat blant forbrukerne?*

Jeg vil her undersøke utfordringer og spenninger som kan oppstå på bakgrunn av de ulike hverdagslige praksisene legemiddelforbruket er sammensatt av, og hvordan forbrukere sjonglerer disse. Hvilke verdier, kunnskaper og ressurser spiller inn når valget om bytte skal tas i apoteket, og hvilke er avgjørende for byttenekt?

2. Apoteket og bytteordningen

Det er som regel i apoteket spørsmål om bytte skjer. I delene som følger vil jeg redegjøre for hva et apotek er og det norske apotekets utvikling fra 1200-tallet og frem til i dag, med fokus på utforming og funksjon. Deretter presenteres sentrale lover og regler som er forutsetninger for å vite hva generiske alternativer og medisinbytte er. Til slutt tar dette bakgrunnskapittelet for seg tidligere forskning på generisk bytte.

2.1 Apoteket

Ordet *apotek* kommer av det greske ordet *apothēke* som betyr forrådsrom (Waalder, 2018).² På 1200-tallet fremgikk apotek som en forretning hvor legemidler og «medisinske råvarer» ble lagret og solgt (Fiksdal, Haakedal & Habberstad, 2009: 10). Ved Norges første apoteklov, som kom i 1672, ble apotekene en egen næring som var underlagt streng kontroll, men forordningen gav også apotekene enerett på salg av medikamenter (Fiksdal et al., 2009: 11). Det statlige Medicinalvare-depotet for Norge ble opprettet på 1800-tallet for å sikre kvalitet og pris på varene, men handelsloven av 1842 hindret ikke apotekene i annen handelsvirksomhet. Det var for eksempel mulig å kjøpe en *kirkedram*³. «Det var på den ene siden et resultat av de omfattende handelsprivilegier apotekerne hadde vært utstyr med under enevoldstiden. Og samtidig avspeilet det medisinsens før-vitenskapelige nivå og farmasiens håndverkskarakter» (Johannessen & Skeie, 1995: 94). I dag selges det også andre varer i tillegg til legemidlene.

Tidligere ble mesteparten av legemidlene produsert i apotekene, som gjerne var lokalisert i gårdshus (Fiksdal et al., 2009: 18). Etter krigen ble produksjonen sentralisert, ettersom kravene til egen fremstilling ble strengere (Johannessen & Skeie, 1995: 242). Avviklingen medførte at apotekene fikk en sterkere rolle som helseveiledere, og for at apotekene ikke simpelthen skulle bli varedistributører, økte også servicefunksjonen. Med dette endret også apotekets utforming seg. På 1990-tallet kom «Det åpne apotek» (Fiksdal et al., 2009: 17). Dette betød at det såkalte publikumsrommet omfattet et selvvalg, hvor publikum selv kunne plukke reseptfrie legemidler.⁴ Samtidig var det anledning til å se de reseptpliktige medisinene i delene i lokalet som ikke var fysisk tilgjengelig for publikum. Skranken forble, men skillet mellom farmasøytene og publikummet ble mindre. Mellom selvvalget og de reseptpliktige legemidlene møttes publikummet og farmasøytene i *direkteresepturen*, hvor ekspedering av reseptpliktige varer fant sted (Fiksdal et al., 2009: 27). «Umiddelbart kunne det virke som om noen hadde villet skape en hittil ukjent kombinasjon av bank

² Det er bygd opp av «apo» og «tek», som betyr henholdsvis «ved siden av» og «lager til forvaltning» (Waalder, 2018).

³ Ved første halvdel av 1800-tallet kunne man få kjøpt det meste man måtte trenge til sin husholdning på apoteket. Det fantes for eksempel en spesiell avdeling for «snapssalg» i Skien, som byens innbyggere benyttet seg av på vei hjem fra kirken på søndagene (Johannessen & Skeie, 1995: 94).

⁴ Sammenlignet med dagligvarehandelen i Norge, som fikk selvbetjeningsbutikker allerede på 1960-tallet (Bredal, 1996: 27), kom denne ordningen nokså sent til apoteket.

og parfymeri» (Johannessen & Skeie, 1995: 274).

2.2 Generisk bytte

I 2001 fikk Norge ny apoteklov (Bahus, 2014), hvor det gikk frem at apotekene kan bytte mellom generiske⁵ alternativer som av Statens legemiddelverk⁶, er godkjent på lik linje, med mindre legen eller kunden motsetter seg dette (Apotekloven, 2000: § 6-6; Johnsen, 2003: 18)⁷. Denne lovgivningen kom for å holde statens utgifter til legemidlene nede, ved å forhindre enerett på legemiddelmarkedet (Dalen, 2002: 19).⁸ Etter lovendringen i 2001 ble de apotekansatte også pliktige til å informere om de generiske alternativene: «Apoteket skal tilby den billigste medisinen når det finnes flere likeverdige alternativer på Byttelisten⁹» (Statens legemiddelverk, 2018a). *Byttemedisin*, *generisk alternativ* eller *synonympreparat*, er alle betegnelser på medisinen som det kan byttes til. *Medisinbytte* eller *generisk bytte* viser til selve handlingen som går ut på å gjennomføre byttet.

Ettersom store mengder legemidler dekkes av velferdsstaten gjennom blant annet blåreseptordningen¹⁰, ble det i kraft av lovendringene i 2001 bestemt at kun det rimeligste alternativet som eksisterer på markedet, og som er godkjent på lik linje med originalprodusenten av Statens legemiddelverk, dekkes.¹¹ Dersom legen har forskrevet en medisin som skal dekkes av velferdsstaten, hvor det finnes et rimeligere alternativ på markedet som er godkjent på lik linje av Statens legemiddelverk, og kunden likevel

⁵ *Generisk* kommer av det latinske ordet *genus* som betyr *opphav* eller *art* (Generisk, 2018). «Generisk bytte» omtales også som «likeverdig bytte» (Madsen, Nitteberg-Sørensen, Harviken, Samdal & Roksvaag, 2008).

⁶ Statens legemiddelverk har blant annet i oppgave å kontrollere og evaluere legemidler, fastsette makspris av reseptpliktige legemidler, og bidra til ivaretagelse av behov for sikre og effektive legemidler (Braut, 2019).

⁷ Dersom det skulle være medisinske eller individuelle grunner til å ikke bytte, kan legen *reservere seg* slik at pasienten ikke får spørsmål om dette på apoteket (Statens legemiddelverk, 2018a). Dersom det ikke foreligger noen legereservasjon informeres det om rimeligere alternativer, men det gjennomføres ikke bytte dersom kunden motsetter seg dette.

⁸ Patentordningen gir legemiddelfirmaer enerett på preparater de har fremstilt i en tidsperiode på minst ti år, med intensjon om økonomisk belønning for forskningen (Madsen et al., 2008: 837). Når monopolet opphører, kan originalprodusent møte konkurranse ved at andre produsenter kopierer preparatet (Dalen, 2002: 9).

⁹ «Byttelisten» er en liste over legemidler som er «byttbare» (Statens legemiddelverk, 2018b).

¹⁰ Folketrygden yter stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler og medisinsk utstyr som medlemmet har behov for langvarig bruk av (Blåreseptforskriften, 2007: § 1b). Tidligere ble legemidler som delvis ble dekket av Folketrygden skrevet med blå skrift eller på blå blanketter, derav navnet *blåresept* (Bruusgaard, 2018b).

¹¹ Kunden dekker selv 39 prosent i egenandel eller maks 520 kroner for tre måneders forbruk. Minstepensjonister, barn under 16 år og de som har betalt full egenandel, er fritatt egenandelsbeløpet (Blåreseptforskriften, 2007: § 8).

ønsker medisinen fra originalprodusenten, må vedkommende betale prisforskjellen mellom alternativet og originalen.

2.3 Byttenekt

Et sentralt uttrykk som vil bli brukt hyppig i denne oppgaven er *byttenekt*. Her vil termen omfatte både negative holdninger til byttemedisin, men hovedsakelig det å avslå bytte. Ordlyden kan være problematisk ettersom det å *nekte* kan tolkes som at det stilles en forventning eller et krav om noe som noen ikke ønsker å gjennomføre. Definisjonen av å *nekte*, eller *nektelse* uttrykker dessuten at noe bestrides eller oppones mot (Nekte, u.å.). Samtidig kan det også gi assosiasjoner til at den som ikke ønsker å gjennomføre, heller aldri kommer til å gjøre det, er konstant eller umulig å rikke. Slike assosiasjoner kan få det til å fremstå som et normativt begrep. Det er viktig å poengtere at *byttenekt* simpelthen betyr å takke nei eller avslå generiske alternativer når forespurt dette på apoteket.

2.4 Tidligere forskning på generika

Generika som forskningsfelt har blitt angrepet på ulike måter. Deler av bidragene konsentrer seg om feilbruk av legemidler forårsaket av bytteordningen (eks. Håkonsen, Eilertsen, Borge & Toverud, 2009; Håkonsen & Toverud, 2011; Trotta, Da Cas, Maggini, Rossi & Traversa, 2014; Wijk, Klungel, Heerdink & Boer, 2006), mens andre fokuserer på å teste den faktiske kvaliteten på synonympreparater (eks. Reppe, Stenberg-Nilsen, Harg, Hegge, Lillefloth & Buajordet, 2008; Shakoor, Taylor & Behrens, 1997). Økonomiske tilnærminger er også anvendt, ved studier av prisendringer etter patentslutt og andre økonomiske strategier fra legemiddelprodusentenes side (Johnsen, 2003). Etter hvert skulle det også bli mer interessant å studere eventuelle korrelasjoner mellom demografiske og sosioøkonomiske kjennetegn som kjønn, alder, inntekt og utdanningsnivå og holdninger til generiske alternativer. Til tross for noen tendenser, er resultatene sprikende.¹² Dette kan henge sammen med undersøkelsenes omfang og kjennetegn ved utvalgene. Noen fokuserer på bestemte pasientgrupper (eks. epilepsi, nyreoperasjon, schizofreni), eldre, og andre på informanter med bestemte

¹² Ulike forskningsbidrag viser at sannsynligheten for å beholde originalpreparater stiger med stigende alder og at kvinner er mindre tilbøyelige til å bytte enn menn (eks: Apotekforeningen, 2017; Dalen, Furu, Locatelli & Strøm, 2011; Heikkilä, Mäntyselkä & Ahonen, 2011a; Heikkilä, Mäntyselkä, Hartikainen-Herranen & Ahonen, 2007; Himmel, Simmenroth-Nayda, Niebling, Ledig, Jansen, Kochen, Gleiter og Hummers-Praider, 2005; Kjønniksen, Lindbæk og Granås, 2006; Moen, Slørdal & Spigset, 2015; Palagyi & Lassanova, 2008; Shrank, Cox, Fischer, Mehta og Choudhry, 2009). Noen studier finner at de med høyere utdanning og inntekt er mindre tilbøyelige til å bytte, mens andre studier viser det motsatte; de med lavere utdanning og inntekt oftere ønsker originalpreparat (Al Ameri, Mohamed, Makramalla, Shalhoub, Tucker & Johnston, 2013; Drozdowska & Hermanowski, 2016; Håkonsen et al., 2009; Iosifescu, Halm, McGinn, Siu & Federman, 2008; Moen et al., 2015; Shrank et al., 2009). Et flertalls andre undersøkelser fra ulike nasjoner (Danmark, Polen, Spania, USA, Nederland og Portugal) fant ingen korrelasjon mellom enten sosioøkonomiske variable, kjønn eller alder og negative holdninger, eller noen av dem (eks: Drozdowska & Hermanowski, 2015; Quintal & Mendes, 2012; Roman, 2009; Shrank, Cadarette, Cox, Fischer, Mehta, Brookhart, Avorn & Choudhry, 2009; Skipper & Vejlin, 2015; Vallés, Barreiro, Cereza, Ferro, Martínez, Escribá, Iglesias, Cucurull & Barceló, 2003).

sosioøkonomiske kjennetegn. Kontekstene er med andre ord ulike, og gjør det problematisk, om ikke umulig, å sammenligne eventuelle korrelasjoner mellom demografiske kjennetegn og byttenekt på tvers av samfunnene, uten å orientere seg og drøfte disse grunnleggende forskjellene. Uavhengig dette, viser det seg vanskelig å forklare negative holdninger til synonympreparater kun ved å vise til demografiske- og sosioøkonomiske kjennetegn. Disse forskningsbidragene gir en bred forståelse av fenomenet, og forteller oss noe om hva som kjennetegner individene som ønsker å bytte og de som ikke gjør det.

Annen forskning har fokusert på forklaringer fremfor korrelasjoner. En gjennomgående forklaring på byttenekt beskrives med begrepet *vane* (Bulsara, McKenzie, Sanfilippo, Holman & Emery, 2010; Heikkilä, Mäntyselkä & Ahonen, 2011b). Å ta tabletter med annen forpakning, navn, farge og form oppleves utfordrende (Dalen et al., 2011: 50; Hassali, Kong og Stewart 2005; Moen et al., 2015). En annen forklaring hviler på forbrukernes holdninger til «billigere medisin». Generiske alternativer, som ofte er billigere enn de originale, sammenlignes med kjente forbruksvarer som klær og lignende, hvor prisen indikerer hvor god kvalitet produktet har (Kjønniksen et al., 2006; Patel, Gauld, Norris, & Rades, 2010; Sewell, Andreae, Luke & Safford, 2012; Sharrad og Hassali, 2011). Costa-Font, Rudisill og Tan (2014) omtaler dette som *brand-loyalty*. «Patients may be willing to pay for well-known brands, where knowledge of, and trust in, an existing product underpins preferences» (Costa-Font et al., 2014: 225). *Merkeloyalitet* utvikles med andre ord når individer er villige til å betale mer for å konsumere originalpreparatet. Forklaringene på en slik lojalitet handler om tillit og fortrolighet, som pasientene ofte har til legen (Heikkilä et al., 2007; Roman, 2009; Sharrad & Hassali, 2011; Toverud et al., 2011; Serbini, Luceri & Vergura, 2017). Andre var opptatt av fordelingen av ansvar: «Some take a passive approach and choose to «let the doctor decide», while others wish to be much more active and to receive detailed information about their medicines» (Hassali et al., 2005: 261). Forbrukerne var også usikre på medisins kvaliteten, og valgte å stole på at legen gav dem det «rette» (Patel, Gauld, Norris & Rades, 2010).

Foruten forskningsbidragene jeg har valgt å inkludere her, viste et litteratursøk på forbrukere og pasienters opplevelse av generiske medisiner i en tidsperiode på 10 år (fom 2005 tom 2015) at majoriteten av artiklene var kvantitative (Dunne, 2016: 501). Forklaringene på byttenekt dreier seg i korte trekk om vaner, merkeloyalitet, tillit og risiko, men de færreste møter informantenes utsagn med omfattende analytiske grep og vurderinger. Ingen av disse studiene har for eksempel undersøkt den hverdagslige konteksten hvor byttenekt kan oppstå. Det er også manglende fokus på meningskonteksten disse negative holdningene skjer innenfor. Det etterspørres med andre ord en mer omfattende analyse av faktorer som kan henge sammen med motvilje til å ta synonympreparater (Keenum, DeVoe, Chisolm & Wallace, 2012), og derfor blir tilnærmingen som benyttes i denne studien også viktig.

3. Fra helse- til forbrukspolitik

Temaet *byttenekt* er som nevnt innledningsvis, interessant et helsepolitisk perspektiv. I likhet med andre arenaer som for eksempel i dagligvarehandelen, er *de grunnleggende forbrukerrettighetene* også sentrale i forbindelse med spørsmål om generisk bytte på apoteket. Retten til trygge produkter, retten til å bli informert, retten til å kunne velge og retten til å bli hørt, er de fire første av de totalt åtte forbrukerrettighetene som ble formulert for henholdsvis 50 og 27 år siden av generalforsamlingen i FN (Jensen, 2012). Foruten disse rettighetene, legges det samtidig opp til at forbrukerne delvis stilles til ansvar for at samfunnet skal spare penger som kan brukes på andre helsetjenester. Dette gjør generisk bytte også interessant i en forbrukerpolitisk diskusjon.

Konsekvenser av produksjon og forbruk har blitt et alminnelig tema. Hva og hvordan vi forbruker noe har følger for samfunnet vi lever i (Zorell, 2019: 3). I *Will the Consumers Save the World? The Framing of Political Consumerism* (Jacobsen & Dulrud, 2007), diskuterer forfatterne hvor mye forbrukerne er i stand til å gjøre. Til tross for forbrukernes rett til å bli informert, vet vi ofte ikke om alle mulighetene vi har, eller de virkelige konsekvensene av det vi gjør. Samtidig spiller også strukturelle og relasjonelle faktorer inn. Vi kan ikke alltid gi forbrukerne «skylda» (Jacobsen og Dulrud, 2007: 477). Dette er viktig når vi skal forstå og konseptualisere handling, i dette tilfellet byttenekt. For det første er det sosiale forhold mellom pasienter/kunder og apotekansatte. For det andre er det institusjonelle strukturer ved apotekene. Og for det tredje er det forbrukernes forhold til medisinene. Folk bruker ikke medisiner i et vakuum, som Patel et al. skriver (2010: 62).

3.1 Pasient eller forbruker?

Fortellingen presentert innledningsvis i rapporten illustrerer først og fremst et handlingsforløp, hvor en karakter beveger seg fra situasjonen på legens kontor til direkteresepturen på apoteket. For det andre gis karakteren ulike roller. Hvem blir han når han entrer apoteket? Er han *pasient* eller *forbruker*? La meg utdype hvorfor dette forholdet er sentralt i forbindelse med dette prosjektet.

Først, en liten opprydning i begrepene og striden mellom dem. En *pasient* er en person som er under behandling av helsevesenet, og assosieres ofte med sykdomsbegrepet, ettersom det latinske opphavet *patiens* blant annet betyr «lidende» (Bruusgaard, 2018a). *Forbruk* (eller *forbruker*) stammer fra det latinske ordet *consumption* som betyr å ødelegge, sløse eller bruke opp (Kjærnes, Harvey og Warde, 2013: 10). Det argumenteres for at aktørene som benytter seg av helsevesenet i dag bedre kan omtales som *forbrukere*. Conrad (2005) skriver i *The Shifting Engines of Medicalization* at pasienter heller er forbrukere ettersom helsetjenester er blitt til subjekt for markedskrefter. Vi er forbrukere fordi vi velger hvilke helsetjenester vi vil ha, det konkurreres om oss, akkurat som på andre markedsarenaer. Det finnes dessuten flere medisinske inngrep som man både betaler for og velger selv, for eksempel kosmetiske operasjoner. Hill og Draper (2011: 12) ordlegger seg annerledes og kaller aktørene for

«deltakende pasienter» i det moderne samfunnet, men poenget er det samme som Conrads. Vi er blitt mer involverte og med det også ansvarlige for vår egen helse. Ifølge Johnsen (2003) er aktører som henter ut reseptpliktige legemidler *passive pasienter*, fordi det er legen som har forskrevet medisinen og med andre ord er den aktøren som har tatt et valg. Dette utelukker for aktøren å være *foretaksom forbruker*. Det konstrueres et motstridende forhold hvor pasienten er passiv og forbrukeren er aktiv.¹³

Anvendelsen av forbrukerbegrepet og lignende termer i forbindelse med helsevesenet har blitt diskutert. Hem (2013) er ikke særlig begeistret for forbrukerbegrepet i relasjon til helsetjenester. Han diskuterer hvorvidt pasientbegrepet burde byttes ut med noe annet, men mener det ikke finnes bedre alternativer. Dessuten trekker begreper som *forbruker*, *kunde* og *bruker* «medisinen i retning av rendyrket økonomi», mener han (Hem, 2013: 821). Andreasen (1995) beskriver forbrukeren som en aktør med forsterket deltakelse i helseomsorgen som man kjøper, og han forbinder, i likhet med Hem, forbruket med økonomi. Siegfried, Ferguson, Cleary, Walter og Ray (1999) diskuterer også alternativer til pasientbegrepet. «We are fearful that by replacing «patient» with «consumer», we will lose that implied caring and comforting» (Siegfried et al., 1999: 941). Eller for å uttrykke det på en annen måte, med inspirasjon fra tittelen på boka til Rønning (2004), «omsorg er en vare».

Slike diskusjoner henger fast ved et normativt aspekt. Hva bør vi omtale individene som? Den konvensjonelle forståelsen for *forbruk* bygger på tradisjoner som har vært dominert av blant annet klassisk og nyklassisk samfunnsøkonomi (Fine, 1995). Disse har en idé om at forbrukerne oppfører seg rasjonelt, som i ulike markedssituasjoner vurderer preferanser og nytte (Kjærnes et al., 2013: 10). En slik definisjon på forbrukerbegrepet ligner den blant andre Andreasen (1995), Hem (2013), Johnsen (2003) og Siegfried et al. (1999) benytter seg av i sin kritikk av erstatningen av pasientbegrepet. Det er med andre ord en rekke problemstillinger knyttet til bruk av forbrukerbegrepet i forbindelse med medisin og helsevesenet. Likevel oppfordrer bytteordningen nettopp til en slik foretaksom forbrukerrolle hvor aktørene skal ta del i ansvaret om å spare samfunnet for store kostnader som kan brukes på andre helsetjenester.

3.2 Det hverdagslige forbruket

Kjærnes, Harvey og Warde (2013) hevder vi er for opphengt i forbrukerbegrepets opprinnelse. «It (consumer) has been extended to describe and prescribe an orientation to action which extends far beyond the purview of individual choice in market situations» (Kjærnes et al., 2013: 10-11). Forbruk er en sosial prosess som innebærer mer enn simpelthen kjøp og salg. Forståelsen av forbruk som har blitt benyttet i klassisk og nyklassisk samfunnsøkonomi får problemer fordi den krever at

¹³ Innenfor farmasøytisk forskning skilles det mellom «compliance» og «concordance», hvor førstnevnte viser til en passiv, takknemlig og nærmest undertrykt pasient, og sistnevnte til forhandling mellom to likeverdige parter når medisinske avgjørelser skal tas (Bissell, Traulsen & Haugbølle, 2002a: 65).

ønsker og preferanser er homogene og konstante over tid. Dessuten kan den ikke forklare normstyrte handlinger, eller handlinger som ikke rettes mot selvinteresse (Boudon, 2003). Den klarer heller ikke forklare hvor ønskene og preferansene kommer fra. Teorier om *rutine* tar avstand fra ideen om at aktører til stadighet reflekterer over det de gjør (Aakvaag, 2008: 120). Lien (2007) skriver at mye av vårt daglige forbruk er rutinisert. «Vi kjøper pizza grandiosa fordi vi pleier å kjøpe pizza grandiosa. Kanskje liker vi det også, men det i seg selv er ingen god forklaring, for vi liker som oftest mange andre ting også, uten at vi kjøper dem så ofte» (Lien, 2007: 338-339). Det handler istedenfor om regelmessighet som er intuitivt drevet av emosjoner, sosialt press og kontekst (DiMaggio 1997; Warde, 2016: 113). «Forbruket er hverdagslivets forlengende arm» (Dulsrud, 2007: 78). Umiddelbart virker det ikke «rasjonelt» å velge noe annet enn det generiske alternativet for den enkelte forbrukeren, ettersom det ofte er rimeligere. Å studere generisk bytte som en del av et hverdagslig rutinisert forbruk, kan gi bredere perspektiver på byttenekt, enn kun å omtale det som et uttrykk for vaner. Nye elementer som oppstår i hverdagen kan by på forvirring og tvetydighet, og da er det som regel enklest å trekke på etablerte og forutbestemte mønstre (Misztal, 1996: 120). Dette gjelder også legemiddelforbruket: «The use of a new therapy upsets the everyday routines of clinical practice» (Koenig, 1988: 469). I den forbindelse blir *tillit* et fleksibelt alternativ til kontroll. I *Trust in Food* (Kjærnes et al., 2013) benytter forfatterne en kulturell og normativ forståelse av tillit til mat:

The daily routines, the directions and priorities of food consumption, as well as the responsibility, power and resources of «the consumer» - have impacts on trust and the forms of trust relations (2013: 26).

Dette har en overføringsverdi til generisk bytte, fordi det avhenger av tillit til ulike autoriteter som har noe med legemiddelforbruket vårt å gjøre, for eksempel legen som tidligere forskning har vist. Dessuten inngår legemiddelforbruket i en rekke handlinger, ikke bare handelssituasjonen på apoteket alene. Miller (1998) hevder at å handle dagligvarer består av en serie handlinger og bekymringer. Det samme gjelder å handle legemidler på apoteket. Det består av en rekke handlinger, som ikke er isolerte, men limt sammen i mønstre. Studiet av valget mellom original- og synonympreparat må derfor, fra en forbrukssosiologisk vinkling, se på mer enn den ene kjøpshandlingen. Dette gjør praksisteori til et velegnet teoretisk verktøy å analysere byttenekt og legemiddelforbruk med.

3.3 Praksisteori

Praksisteori kan trekkes tilbake til Heidegger og Wittgensteins filosofi, men var opprinnelig ingen etablert teori. På 1990-tallet ble en praksisteoretisk begrepssyntese bygget med bidrag fra blant andre Schatzki (2002), og Reckwitz (2002), mens Warde (2005) og Shove og Pantzar (2005) tilbød en empirisk tilnærming som gjorde praksisteorien aktuell for studier av forbruk. Opprinnelig stammer praksisteorien fra et knippe teoretikere med ulikt sosiologisk ståsted. Bourdieu skrev om sosiale praksiser i *The Outline of a Theory of Practice* (1977) og *The Logic of Practice* (1990), men utviklet aldri noen enhetlig praksisteori. Andre sosiologiske aktører som har vært med på å legge grunnlaget for det som kjennetegner praksisteorien, som blomstret på 1990-

og begynnelsen av 2000-tallet, er Giddens' strukturasjonsteori og Foucaults (1986; 1987) senere arbeid om forholdet mellom kunnskap, agens og kropp. Fra det empirinære feltet henter praksisteorien inspirasjon fra Garfinkels etnometodologi (1984), Latours STS (1991) og Butlers kjønnsstudier (1990) (Reckwitz, 2002: 243), og det var Schatzki som samlet disse (Warde, 2014: 285).

Praksisteori er et godt analytisk verktøy for forbruksforskning, da den kan «fortelle oss» hvordan forbruk organiseres og hvordan det kan analyseres (Warde, 2005). Byttenekt er ingen isolert praksis. Vi er hos legen, på apoteket, og vi har et hjem hvor tablettene tas. Ideen er at det er *praksisene* som først og fremst er analyseenhetene.

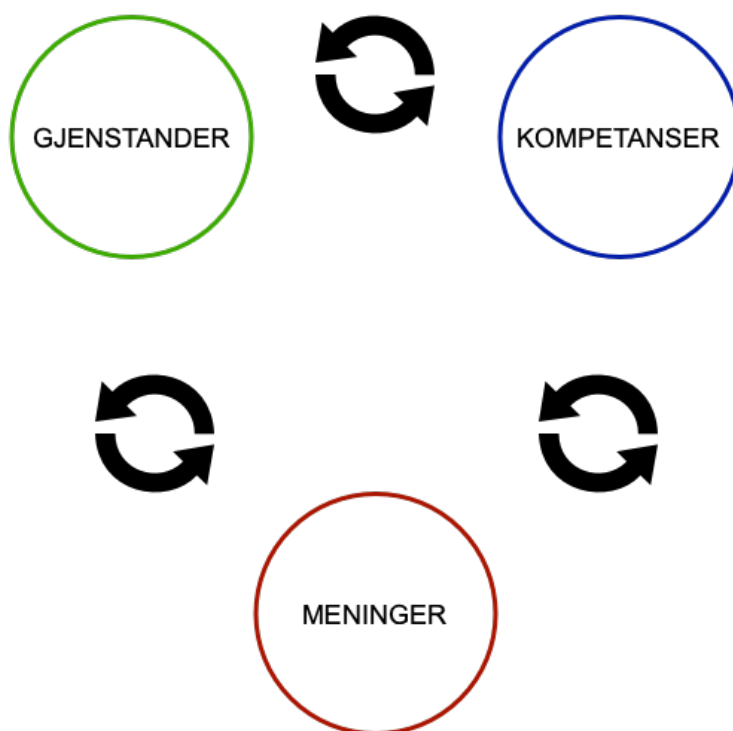
«A «practice» (Praktik) is a routinized type of behaviour which consists of several elements, interconnected to one other: forms of bodily activities, forms of mental activities, «things» and their use, a background knowledge in the form of understanding, know-how, states of emotion and motivational knowledge. (...) The single individual – as a bodily and mental agent – then acts as the «carrier» (Träger) of a practice – and, in fact, of many different practices which need not be coordinated with one another. Thus, she or he is not only a carrier of patterns of bodily behaviour, but also of certain routinized ways of understanding, knowing how and desiring» (Reckwitz, 2002: 249-250).

Praksiser er med andre ord sammensetninger av ulike elementer, som et lappeteppe. Dersom vi ønsker å si noe om praksiser, må vi identifisere bestanddelene de består av (Shove et al., 2012: 30). De ulike praksisteoretikerne er alle enige om at praksiser er satt sammen av et sett ulike elementer, men deler opp elementene i ulikt antall og døper dem forskjellig (Gram-Hanssen, 2011: 64).

I *The Dynamics of Social Practice: Everyday Life and How it Changes*, presenterer forfatterne et tredelt begrepsapparat bestående av elementene *gjenstander*, *kompetanser* og *meninger* (Shove et al., 2012). Førstnevnte henviser til alle fysiske objekter og «ting» som praksiser er iboende forbundet med, hvor praksisteorien henter inspirasjon fra, blant andre Latour og STS (Science & Technology Studies). *Kompetanse* er «taus», kroppsliggjort kunnskap. Her hentes det blant inspirasjon fra det Giddens (1984) omtaler som *praktisk bevissthet*. Denne formen for kunnskap tas for gitt, og gjør at vi «bare vet», i likhet med Bourdieus habitusbegrep (Aakvaag, 2008: 133; Crossley, 2013: 139). *Mening* henviser til følelser, symboler, normer og verdier (Shove et al., 2012: 24). Meningenes flyt på tvers av praksiser kan forstås som det Presser kaller «konstitutive narrativer», eller «etablerte repertoarer» (2009: 184). Slike etablerte fortellinger er sosiale og hviler på normative antakelser, støttet av hva som bør og ikke bør gjøres i bestemte situasjoner (Bicchieri & Muldoon, 2018).

Elementene kan «eksistere» fritt uten å være sammenkoblet med hverandre, men bindes til hverandre gjennom utførelser. «Put simply, configurations that work (i.e. practices) do so because material elements and those of meaning and competence are linked together, and transformed, through the process of doing» (Shove et al., 2012: 41). Praksiser er i endring gjennom ulike sammensetninger av elementene. Elementer på den andre siden er gjerne stabile og kan operere på tvers av ulike praksiser.

Ifølge Gram-Hanssen (2011) vil det i ulike empiriske studier variere hvilken elementsammensetning det er egnet å benytte seg av. Praksisteoretikerne er, som tidligere nevnt, uenige om hva som holder praksisene sammen. Jeg velger å beholde de tre elementene Shove, Pantzar og Watson (2012) deler inn i. Samtidig er det viktig å påpeke at bidrag fra Warde (2005; 2014; 2016), Reckwitz (2002) og Schatzki (2002) også vil benyttes for å nyansere analysen.



Figur 3.1. Nøkkelelementer i forståelsen av praksiser.

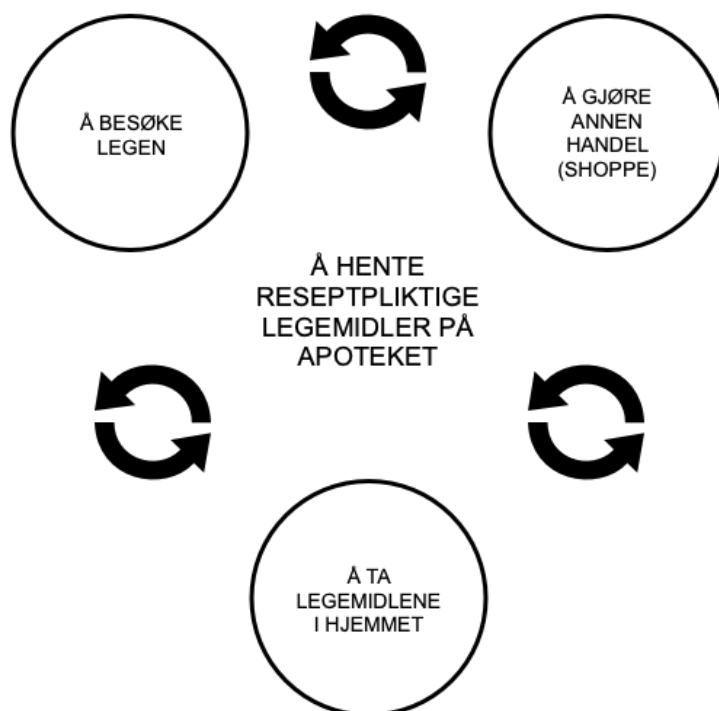
Kilde: Shove, Pantzar & Watson 2012: 32, 83.

«Bunter» av praksiser

Ettersom legemiddelforbruk ikke skjer i et vakuum, må vi kartlegge praksisene som klynger seg rundt dette fenomenet. Praksiser lenker seg sammen i *complexes* eller *bundles* (heretter kalt «bunter»), og det er de ulike elementene praksisene består av som bygger broer mellom dem (Shove et al., 2012: 84). Dette betyr at karakteristikken ved disse praksisene til sammen, ikke kan reduseres til de individuelle praksisene de er sammensatt av. «Å spise middag» for eksempel, er en klynge av ulike praksiser. Aktiviteten består selvfølgelig av spising, kanskje tv-titting og interaksjon. Relasjonen mellom disse praksisene er viktig for å forme distribusjon og sirkulasjon av elementene. For å kunne si noe om byttenekt som sådan, må vi løfte blikket og lete etter både praksisene som klynger seg rundt denne aktiviteten, og elementene som disse

praksisene består av og bygger broer imellom. Det er også et poeng at samspillet mellom praksisene ikke nødvendigvis er problemfritt. «Whatever form they take, such relations matter for the trajectories of the elements and individual practices of which composite bundles and complexes of practices are made» (Shove et al., 2012: 120). Praksiser «kjemper» om elementer, samtidig som de knyttes til hverandre gjennom de elementene de har til felles. Shove, Pantzar og Watson (2012) drøfter hvordan strid mellom praksiser, og deres elementer, påvirker hverdagslivets *orden*. I forlengelse av forbruker- og pasientforholdet diskutert ovenfor, kan vi her snakke om konkurranse mellom en slags *forbrukerpraksis* og *pasientpraksis*, da disse stiller motsatte eller konkurrerende krav til ens handlinger i samme terreng.

Å hente reseptpliktig medisin forutsettes av en rekke ulike meninger, kompetanser og gjenstander (Shove et al., 2012; Shove & Pantzar, 2005), som henger sammen med andre praksiser som er knyttet til legemiddelforbruk. Til sammenligning med Shove, Pantzar og Watsons praksisteoriperspektiv, kan reseptpliktig legemiddelforbruk studeres som en «bunt» bestående av praksisene 1. «å besøke legen», 2. «å ta legemidlene i hjemmet», og 3. «å gjøre annen handel» (shoppe), som sammen kan gi si noe om «å hente reseptpliktig medisin på apoteket» og følgelig gi innsikt i byttenekt.



Figur 3.2. Legemiddelforbrukets sammensetning av praksiser

4. Kvalitative intervjuer

Tidligere forskning på feltet generisk bytte domineres av statistiske undersøkelser. Ettersom det i dette forskningsprosjektet er interesse for aktørenes fortolkninger og hvordan legemiddelforbruk «gjøres», kan disse enklest fanges i informantnær datainnsamling, hvor dybde og fleksibilitet trumfer bredde og struktur. Dette gjør en kvalitativ tilnærming hensiktsmessig.

For å besvare forskningsspørsmålene valgte jeg å benytte meg av det kvalitative forskningsintervjuet. Et argument for å benytte seg av denne metodiske tilnærmingen i datainnsamling begrunnes av interessen for å forstå verden fra informantenes side (Kvale & Brinkmann, 2015: 20). En svakhet ved å benytte det kvalitative forskningsintervjuet i forbindelse med dette prosjektet melder seg imidlertid med hensyn til informantenes praksiser. Det fullt mulig å be informantene om å fortelle hva som gjøres, hva de har og hva som skjer. Men å fortelle om hverdagen kan være vanskelig fordi mye av vårt daglige forbruk er rutinisert (Lien, 2007: 338). Styrken ved å gjennomføre kvalitative intervjuer derimot, er de berikende fortellingene slike samtaler kan frembringe og de kvalitetsmessige styrkene ved at det kan være lettere å fortelle om sine opplevelser og meninger uten flere fremmede til stede. Legemiddelforbruk kan for mange innebære svært private temaer om helse og sykdom (Johannessen, Tuft & Christoffersen, 2010: 151).

4.1 Utvalgskriterier og rekruttering

Ettersom dette prosjektet gjennomføres i Norge og det er norske informanter som skal rekrutteres, er utvalgskriteriene basert på forskningsresultatene fra norsk tidligere forskning. Bidragene illustrerte korrelasjoner mellom demografiske kjennetegn som alder, kjønn og bosted, og sosioøkonomiske kjennetegn og holdninger til generisk bytte. Til tross for at det tydet på at de fleste og nyeste bidragene talte for at eldre og kvinner var mer skeptiske til synonympreparater, var ikke forskjellene så store at det virket meningsløst å rekruttere yngre og menn. Dessuten var ikke resultatene på tvers av bidragene entydige. Det ble derfor aktuelt å rekruttere folk som ved en eller annen anledning hadde blitt spurt om bytte ved henting av reseptpliktige legemidler, og hadde takket nei eller hadde negative holdninger til generiske alternativer. I tillegg ønsket jeg litt demografisk spredning blant informantene mine for å dekke ulike posisjoner, forståelser, interesser og tilnærminger som kan variere på tvers av for eksempel alder, kjønn og livssituasjon.

I juli 2018 ble prosjektet meldt til Norsk Samfunnsvitenskapelig Datatjeneste. En drøy måned senere ble det godkjent. Deretter ble det skrevet ut flygeblader (se vedlegg 1), som 13 apotek i Vestfold- og Oslo-området, etter forespørsel og i regi av regionsjefene i de gjeldende områdene, fikk i oppgave å dele ut. I tillegg delte jeg en status via profilen min på Facebook, hvor jeg etterlyste folk som ikke ønsket å bytte (se vedlegg 2). Parallelt med denne strategien og rekruttering via apotek, benyttet jeg meg også av snøballmetoden i ikke-digitale-sosiale-nettverk via kjente.

Informantoversikt

De semistrukturerte intervjuene bestod av samtaler med totalt tolv informanter, hvorav åtte av intervjuene var individuelle og to i par. I tabell 4.1 beskrives informantene med hensyn til alder, kjønn, utdanning, og arbeidsstatus¹⁴/yrkesfelt¹⁵. Informantene omtales med fiktive navn.

Tabell 4.1. Informantoversikt - Individuelle intervjuer og parintervjuer

Nr. og navn	Alder	Kjønn	Utdanning	Arbeidsstatus/Yrkesfelt
Individuelle intervjuer				
1 Astrid	85-89	Kvinne	Grunnskolenivå	Alderspensionist (Renhold, hjelpearbeid mv.)
2 Svein	55-59	Mann	Fagskolenivå	Ansatt (Høgskoleyrke)
3 Kristine	25-29	Kvinne	Universitets- /høgskolenivå	Ansatt (Akademisk yrke)
4 Lars	30-34	Mann	Universitets- /høgskolenivå	Student (Høgskoleyrke)
5 Berit	70-74	Kvinne	Grunnskolenivå	Alderspensionist (Salgs- og serviceyrke)
6 Anders	25-29	Mann	Universitets- /høgskolenivå	Selvstendig næringsdrivende (Akademisk yrke)
11 Susanne	45-49	Kvinne	Universitets- /høgskolenivå	Selvstendig næringsdrivende (Akademisk yrke)
12 Monika	40-44	Kvinne	Videregående skolenivå	Ansatt (Salgs- og serviceyrke)
Parintervjuer				
Gruppe 1 (7,8)	75-79	Mann	Grunnskolenivå	Alderspensionist (Operatør-, sjåføryrke)
Leif Kari	65-69	Kvinne	Grunnskolenivå	Alderspensionist (Salgs- og serviceyrke)
Gruppe 2 (9,10)	70-74	Mann	Grunnskolenivå	Alderspensionist (Håndverker)
Gustav Sissel	65-69	Kvinne	Grunnskolenivå	Alderspensionist (Salg- og serviceyrke)

4.2 Datainnsamling: Intervjuene

Ved planlegging av intervjuene ble det utviklet en semistrukturert intervjuguide (se vedlegg 4). Tidligere forskning fungerte som kompass i utformingen av intervjuguiden. Alt fra holdninger til pris, profesjoner og merkevare gjorde seg gjeldende i bakgrunnsinformasjonen disse kildene gav. Målet var å innhente kunnskap om byttenekternes opplevelse av ulike kjøpsituasjoner, spesielt på apoteket, hvilke fortellinger de knyttet til generika og hvordan de rettferdiggjorde valget om å ikke bytte. Jeg stilte også spørsmål om informantenes forhold til de ansatte på apoteket de ofte besøkte, legen, prisvillighet og apotekets todelte funksjon. For å sikre kvaliteten på

¹⁴ Arbeidsstatus forstås her som hvorvidt informanten er i arbeid eller ikke. Ettersom flere var alderspensjonerte, følger hvilket yrkesfelt de tilhørte tidligere.

¹⁵ Yrkesfelt er klassifisert etter SSBs «Standard for yrkesklassifisering» (STRYK-08) (Statistisk sentralbyrå, 2011).

sitater ved intervjuene ble det benyttet diktafon.

Intervjuene fant sted der informantene ønsket det. Tre intervjuer ble gjennomført på deltakernes arbeid-/studiested, ett på en kafé, ett over telefon, og de resterende foregikk hjemme hos informantene. Jeg innledet intervjuene med informasjon om prosjektet, at jeg ønsket å bruke diktafon og hvilke rettigheter informantene hadde, før informasjons-/samtykkeskjemaet ble signert (se vedlegg 3).

Deltakerne tok ofte opp tanker om generika etter kort tid, og uten oppfordring fra meg. De virket ikke tilbakeholdne i samtaler om temaet, snarere tvert imot. Noen hadde til og med satt tabletteskene ved siden av kaffekanna da jeg kom, uten at det var nødvendig for meg å vite hvilke medisiner de brukte.¹⁶ Dette gav informantene fysiske objekter å forholde seg til og gav referansepunkter i fortellinger knyttet til generika. Samme intensjon hadde jeg med prisøvelsen. Den gikk ut på at informantene skulle velge mellom original- og synonympreparater med ulik prisforskjell. Jeg lagde tre forskjellige sett hvor prisforskjellen var henholdsvis 0, 100 og 500 kroner (se vedlegg 5). Avslutningsvis takket jeg dem for at de ønsket å delta og gjorde dem igjen oppmerksom på deres rettigheter og min kontaktinformasjon. Materialet ble deretter transkribert og organisert gjennom ulike analyseverktøy.¹⁷ Da diktafonen ikke lenger var i bruk etter endt datainnsamling, ble den oppbevart i en safe frem til juni 2019, hvor lydfilene deretter ble slettet.

¹⁶ I utforming av meldeskjemaet til NSD ble det tatt høyde for at jeg kom til å behandle helseopplysninger, til tross for at det ikke var nødvendig å innhente informasjon om informantenes helse eller sykdom. Ved gjennomføringen av intervjuene stilte jeg aldri spørsmål som dreide seg om legemidler, helse eller sykdom direkte, i frykt for å «tvinge frem» sensitive opplysninger informantene egentlig ikke ville gi slipp på. Jeg var ikke avhengig av å vite hva slags medisiner de brukte for eksempel, og lot heller informantene ta initiativ til å snakke om slike temaer selv.

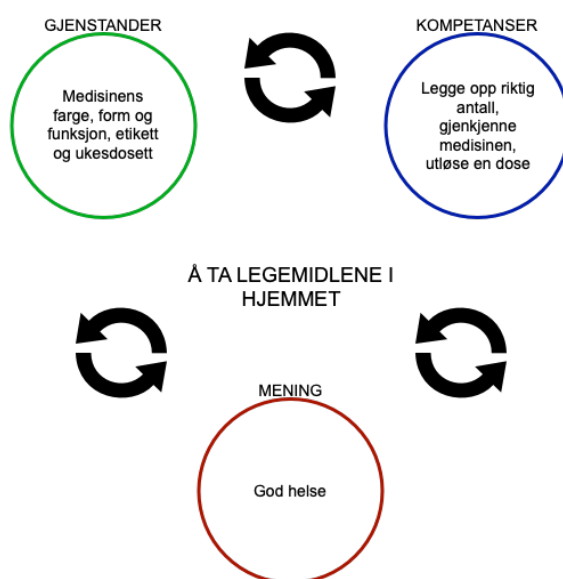
¹⁷ Alle intervjuene ble transkribert fortløpende i HyperTranscribe, og relevante sitater ble fordelt i 22 koder i Nvivo. Kodene ble først generert på bakgrunn av intervjuguiden, som i stor grad baserer seg på teori og tidligere forskning. Deretter ble kodene kategorisert i 6 større bolker. Eksempler på kategorier er henholdsvis «begrunnelser» bestående av blant annet kodene «merkeloyalitet», «frykt» og «det kjente», og «pasient eller forbruker» bestående av for eksempel kodene «kunnskapsfordeling» og «apotekassosiasjoner».

5. Generika i praksis

I dette kapittelet studeres intervjufunnene og hvordan legemiddelforbruket er knyttet til de hverdagslige praksisene illustrert i figur 3.2: «Å ta legemidlene i hjemmet», «å besøke legen», og «å gjøre annen handel (shoppe)». Praksisenes relevans for å hente reseptpliktig legemidler på apoteket og å avslå generisk bytte drøftes kontinuerlig.

5.1 Legemiddelforbruk i hjemmet

Da jeg spurte mine informanter om hva de tenkte kunne være grunnen til at de ikke ønsket å bytte, var det flere som begynte å fortelle om legemiddelforbruket knyttet til konteksten i hjemmet. Det er viktig å presisere at legemidler ikke alltid tas i hjemmet. For de som bruker medisiner flere ganger om dagen må man kanskje ha med seg en dosetteske på jobb. Andre medisiner som ikke tas til faste tider, må til stadighet være tilgjengelig, for eksempel inhalasjonsmedisiner eller adrenalinsprøyter ved astma- eller allergianfall. Likevel er det ofte i hjemmet legemidlene tas, og hjemmet som institusjon som mine informanter ofte refererte til da de fortalte om bruken av legemiddelet. Hva skjer når jeg tar denne tablettene, hvordan gjør jeg det, og under hvilke omstendigheter? Legemiddelforbruket i sin kanskje mest åpenbare forstand, nemlig bruken, studeres her. Praksisen «å bruke/ta medisin» studeres ved å bryte ned og identifisere de ulike elementene, gjenstander, kompetanser og meninger, og hvordan disse henger sammen. Det er selvfølgelig flere ulike kjennetegn ved elementene som er med på å koordinere denne praksisen, men det er særlig *legemiddelets kjennetegn, god helse og forenkling* som er av interesse her. Bruk av medisiner i hjemmet trekker oss rett inn i praksisteoriens kjerne, rutiniserte og trivielle hverdagslige handlinger vi vanligvis ikke vier mye oppmerksomhet og refleksjon (Reckwitz, 2002).



Figur 5.1. Praksisen å ta legemiddelet i hjemmet, beskrevet etter elementkjennetegn

Farge, form, funksjon

Sentrale verktøy og gjenstander i forbindelse med denne praksisen er selvfølgelig legemidlene i seg selv, akkurat som gåstavene for Shove og Pantzar (2005) i deres forskningsarbeid om *Nordic Walking*. Legemidlene kommer i forpakninger med ulike kjennetegn, også på tvers av likeverdige varianter. Piller, for eksempel, kan ha ulik sammensetning, farge, form og størrelse, mens inhalasjonsmedisiner har ulike mekanismer for å utløse en dose, til tross for at virkestoffet og følgelig virkningen er den samme.

Det er også andre sentrale gjenstander som er med på å forme praksisen å ta legemiddelet, spesielt dersom det gjøres i hjemmet, noe det for mine informanter som regel gjorde. Flere av informantene forteller at de tar medisiner til faste tider, gjerne i forbindelse med ulike måltider. Sissel og Gustav har medisiner sine i hver sin boks stående på kjøkkenet. Astrid og Svein fyller ukedosen hver søndag og legger tablettene på bordet hver morgen i forbindelse med frokosten. Ukedosen og klokka er med andre ord også viktige gjenstander og redskaper for denne praksisen.

God helse

Å ta legemidler bygger på ideen om at medisinen skal gjøre oss friske eller forhindre at vi skal bli syke. De skal ha en virkning eller effekt. Når den sentrale gjenstanden, medisinen, endres på en eller annen måte, trues denne meningen. Flere av informantene forteller at de er engstelige for eventuelle bivirkninger synonympreparatet kan gi, som originalen ikke gir, eller at medisinen ikke skal fungere like godt.

«Det er jo det at du veit ikke om det virker, om du reagerer på noen av de stoffene som er i, for du vet ikke hva de tilsetningsstoffene består av.» (Berit)

Flere forteller lignende historier. Noen har selv opplevd å bli syke, eller at synonympreparatene ikke har fungert like godt. Andre forteller om venner og bekjente som fraråder dem å bytte. Å la være å bytte beskytter aktørene, og forhindrer en eventuell risikotagning for bivirkninger eller antivirkninger. Whyte et al. (2002) beskriver hvordan vi gjør det vi gjør fordi det gir mening for oss og andre. Vi ønsker å ha kontroll, utvise omsorg og gjøre det vi tenker er best (Whyte et al., 2002: 36). Det vi tenker er best eller riktig, er viktige kjennetegn ved Shove, Pantzar og Watsons meningselement, som omfatter symboler, ideer og aspirasjoner (2012: 14). Dette er også Del Fresno García og Peláez (2014) inne på i sitt forskningsarbeid om holdninger til generiske legemidler. De benytter seg riktignok av en utilitaristisk tilnærming til datamaterialet, og beskriver muligheten til å kalkulere den totale risikoen ved å ta generiske alternativer som utenfor den gjennomsnittlige forbrukerens kapasitet. Det er potensialet for risiko som fyrer oppunder bekymringen for egen helse (Del Fresno García & Peláez, 2014: 101).

Det Del Fresno García og Peláez ikke tar høyde for i sin artikkel er at legemiddelforbruk og byttenekt ikke drives fremover av denne frykten alene. Whyte et al. (2002) omtaler medisinbruk som et *rutinisert* aspekt.

«Just as medicines offer a concrete response to the diffuse feeling of illness, so technical procedures offer a fixed and measured set of steps for application to the uncertainty of illness and treatment. They discipline the patient (...), and instil a sense of control» (Whyte et al., 2002: 113).

Ettersom sykdom er kaotisk og uforutsigbart av natur, er det ikke overraskende at medisinenes sosiale settinger er rutinisert (Koenig, 1988: 469). Å ta legemidler bygger med andre ord ikke bare på verdien av god helse, som medisinerne skal gi oss ved å gjøre oss friske eller forhindre sykdom, og at generiske alternativer kan komme i veien for dette, men også å vite hvordan vi skal gjennomføre praksisen.

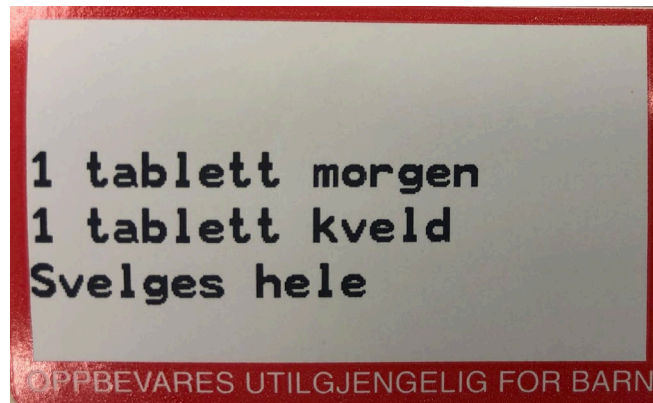
«1 tablett morgen. Svelges hele»

«Du begynner å bruke medisiner, som du venner deg til. Jeg tar seks piller hver morgen, én er gul, én er avlang, én er rund, to er blå, én er bitteliten og grå. Det vet jeg er sånn. Så går det to år, da har den avlange blitt rund og den gule er ikke gul lenger, den har blitt hvit. Det er et problem.» (Astrid)

Et gjennomgående tema blant mine informanter, dreier seg om at det er «enklest» å takke nei til bytte, ettersom det forhindrer endring i praksisen å ta legemiddelet i hjemmet. I sitatet ovenfor forteller Astrid om å ta medisiner som en hverdagslig handling. «Jeg legger dem opp ved siden av hverandre hver morgen», forteller hun videre. Det er viktig at hun får tatt tablettene til riktig tid. For å være i stand til å gjennomføre denne praksisen er Astrid avhengig av å ha den kompetansen som kreves for å telle og legge frem riktige tabletter og antall ved siden av frokosttallerkenen hver morgen. Når Astrid forteller, virker det som at hun på den ene siden har stålkontroll. Hun vet med sikkerhet at det skal være seks tabletter på bordet, og de skal ha bestemte egenskaper i form av fysiske kjennetegn. På den andre siden, fremstår dette som en kroppsliggjort form for kompetanse, eller innøvd ferdighet (Shove et al., 2012: 23). Da hun ramset opp farge- og form-kombinasjonene, virket det som om hun nærmest kastet tilfeldige beskrivelser ut i luften. Samtidig tvilte jeg ikke på at hun visste hvordan tablettene skulle se ut. Hun rettet seg opp i stolen og slo pekefingeren i bordkanten ettersom hun ramset opp kjennetegnene. Uten at hun i det hele tatt var sikker på at to var blå og en var liten og grå, illustrerte dette hennes sikkerhet på gjenkjenning, en ureflektert kompetanse.

«Jeg tar flere om dagen, morgen, lunsj, middag og kveld. Da er det plutselig fire forskjellige inntak i løpet av en dag, og da er dosettbokser veldig greie, ellers er det fort gjort å miste oversikten. Har jeg tatt alle jeg skal ta?» (Svein)

Med flere medisiner å holde oversikt over er det lett å glemme å ta dem. Svein vektlegger i likhet med Astrid også viktigheten av kjennetegnene ved tablettene, han må se at de er forskjellige, dessuten er ukesdosett et fint hjelpemiddel. Dosetteskens fordeling etter klokkeslett og dag, forenkler praksisen og kan forstås som en aktiv rutinisering av det å ta legemidlene, i likhet med den påklistrede etiketten som forteller aktøren når og hvor ofte legemiddelet skal brukes.



«Bruksanvisningsetikett som forteller hvordan og hvor ofte medisinen skal brukes» Foto: Ida Helene Dahl Torp, 2019

Sissel: «Nei, vi ser jo aldri på bruksanvisningen! Den er like pent bretta når vi kaster den, som når vi får den.»

Gustav: «Vi ser bare på den lappen vi, hvilket klokkeslett vi skal ta den, og om det er én eller to om dagen.»

Fra Shove, Pantzar og Watsons (2012) perspektiv blir sammenhengen mellom elementene i praksisen oppbrutt dersom gjenstanden plutselig endres. Legemiddelet, dets kjennetegn og funksjoner er sentralt og uunngåelig knyttet til produksjon og reproduksjon av denne praksisen (Reckwitz, 2002: 253). Den kroppsliggjorte kompetansen Astrid besitter ved å vite at hun tar riktig antall av de ulike medisinene, hviler på gjenkjennelse av medisinenes kjennetegn. Dersom tablettene endrer farge, form eller størrelse kommer de i konflikt med den ureflekterte kompetansen.¹⁸ Vendepunktet Astrid forteller om i dette sitatet henviser til endringen hun plutselig står overfor. Det har kommet et synonympreparat på markedet, virkningen skal være den samme, men tablettenes utseende er annerledes.

Anders har, i motsetning til Astrid og Svein, aldri takket ja til bytte før. Likevel resonnerer han seg frem til problematikk han frykter å møte på ved å gjøre det. Han brukte inhalasjonsmedisin, og å bytte til et annet alternativ ville bety å måtte lære seg å bruke en ny mekanisme for å utløse dosen.

«Av den andre typen så var det sånn at du trykka på den istedenfor, det var en annen mekanisme, så da ble det uaktuelt.» (Anders)

Fra det praksisteoretiske perspektivet tolker det jeg slik at den nye gjenstanden og etablert kompetanse ikke samarbeider. Dersom aktørene bytter til synonympreparatet vil forbindelsene mellom elementene brytes, og følgelig er ikke den rutiniserte praksisen rutinisert lenger. Shove og Pantzar skriver: «Materials and skills have to gel. More than that, they have to do so in a way that generates a positive experience and

¹⁸ Dette kan sammenlignes med bileksempelen til Shove et al. (2012). Kroppsliggjorte disposisjoner som å vite hvordan man skal bruke de ulike funksjonene ved å kjøre bil (for eksempel gire) endres dersom bilteknologien og de fysiske ressursene endres.

one that people are keen to reproduce» (2005: 58). Dette minner også om Wardes tolkning av inngang av nye gjenstander i forbruket vårt:

«What happens when unfamiliar items appear in an environment to which the actor is accustomed? At an abstract level, probably try initially to hold onto their precious learned procedures and commitments» (2016: 139).

Slike fortellinger stemmer overens med det tidligere forskning på holdninger til generisk bytte viser. Å variere mellom ulike merker skaper forvirring og er en barriere for å bytte (Sharrad et al., 2011: 110). Flere av disse forfatterne benytter seg av begrepet «vane» (eks: Moen et al., 2015: 16). Warde (2016) er kritisk til dette begrepet i forbindelse med samfunnsforskning. Han omtaler det som hverdagslig og upresis, og referer til Crossleys (2013) argumenter for hvorfor det er uegnet å benytte seg av. Et av dem er den sterke likheten til den behavioristiske retningen innenfor psykologi, hvor atferd eller respons forstås som forårsaket av stimuli (Teigen, 2017). Warde mener denne tankemodellen passer bedre på laboratorierotters atferd enn menneskers (Warde, 2016: 106). Crossley diskuterer forholdet og skillet mellom *habit* og *habitus*, og henviser blant annet til Mauss' (1979) *kroppsliggjorte teknikker*, og Bourdieu (1977; 1995). Crossley skriver: «The actor may not be able to say or otherwise bring to consciousness the location of a specific letter on the keyboard but their finger will reach out to the right key without hesitation» (2013: 140). Det er dette som kjennetegner *habitus*, til forskjell fra *vane*, som her forstås som en rent mekanisk handling. Astrids fortelling helt innledningsvis om pilletakningen om morgenen, minner om Crossleys tangenteksempel.

Noen av informantene brukte også vanebegrepet om seg selv og som et argument for å ikke bytte.

«Vi er noen vanedyr!» (Monika)

og

«Jeg liker å ha den jeg er vant til å ha.» (Svein)

«The technical aids become extensions of the human body, which one learns to use just as unthinkingly as the body itself (Van der Geest, 1994: 1, sitert i Whyte et al., 2002: 114). Uten at det er feil å benytte seg av vanebegrepet, er det viktig å ikke overse de sosiale omgivelsene. Vi gjentar ikke medisintagningen kun som resultat av en form for kroppslig tvang i likhet med det å spise kun fordi vi er sultne. Å legge frem frokosttallerkenen om morgenen, kikke på klokka eller å se ukedosetten på benken er «påminnelser» som trigger handlingen å ta legemidler. «Contexts, setting and situation comprise significant parts of explanations of actions in several sociological traditions» (Warde, 2016: 111). Dersom disse triggerne endres, vil også «vanen», altså den innarbeidede kompetansen, utfordres.

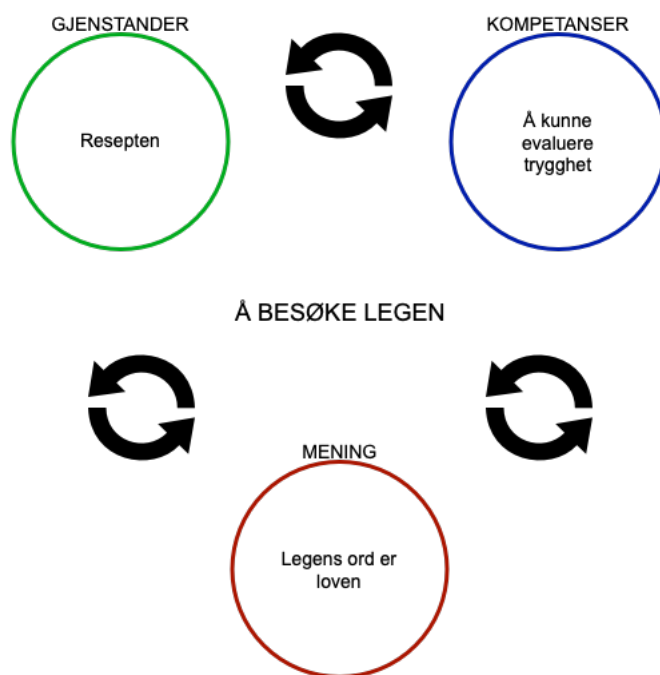
5.2 Legebesøket

Intervjuer: «Hva er viktig for deg når du skal hente ut reseptbelagt medisin på apoteket?»

Lars: «Da vil jeg ha det produktet som jeg har fått beskjed om fra legen!»

Byttenekt hviler som sagt på en kjede av flere ulike praksiser, og det hele starter som regel på legens kontor. Til tross for at svært få av mine informanter opplyste at de hadde snakket med legen om synonympreparater, var legen og legebesøket temaer som alle informantene tok opp under intervjuene. Sitatet innledningsvis i denne delen illustrerer dette. Informantene mine nevnte som regel legen ganske tidlig i samtalen om generisk bytte.

Det er flere kjennetegn ved elementene meninger, kompetanse og gjenstander som er av interesse i forbindelse med denne praksisen, men jeg vil hovedsakelig vektlegge *resepten*, *ansvarliggjøring* og *tillit*, når informantene trekker linjer til å besøke legen og hvilken betydning denne praksisen har for henting av legemidler på apoteket, og spørsmålet om bytte.



Figur 5.2. Praksisen å besøke legen, beskrevet etter elementkjennetegn

Resepten

Det er viktig å skille mellom reseptpliktige og reseptfrie medisiner. Reseptfrie medisiner kan man plukke fritt i apoteket, eller be om når man kommer til kassa, eventuelt kjøpe andre steder. Reseptpliktige medisiner derimot, som er av interesse her, handler om andre praksiser. For å få et reseptpliktig legemiddel må man få resept fra en med rekvisisjonsrett. Under et legebesøk er det flere relevante gjenstander som setter standarden for praksisen. Aktøren oppholder seg i et venterom med for eksempel magasiner, aviser og tv-skjermer, utlagt for å døyve en ofte ukjent ventetid. Legekantoret har en bestemt utforming og legens bekledning har tidligere blitt studert som symbol på autoritet (eks: Brase & Richmond, 2004). Gjenstanden som utpekes av spesiell interesse her er *resepten*, ettersom det er den som knytter praksisen å besøke legen til byttesituasjonen, og som mine informanter snakket om sitt forhold til legen igjennom, slik Lars uttrykker det i sitatet i delen ovenfor.

Shove, Pantzar og Watson (2012) sammenligner elementenes sirkulasjonsmuligheter. Elementene mening og kompetanse er abstrakte, i den forstand at de kan lagres i minner som kulturelle repertoarer hos aktørene. Dette gjør disse to elementene tilgjengelige for overføring mellom praksiser, ettersom aktørene alltid «bærer» dem med seg (Shove et al., 2012: 52-53). Gjenstander derimot, er fysiske og lokalt forankret, noe som gjør overføring mellom praksisene vanskeligere (foruten menneskenes kropp er åpenbart). Resepten er gjenstanden som informantenes meninger og kompetanser fra legekantoret er forankret i. Resepten flyttes fysisk i form av papir eller via et datasystem over i apoteket, og kan følgelig forstås som iboende forbundet med mening og kompetanse. Den symboliserer, slik jeg tolker informantenes forståelser, legens kompetanse til forskjell fra deres egen. Ettersom resepten kan være «nøkkelen» mellom praksisen å besøke legen og å hente legemidler på apoteket, er det bestemte meninger og kompetanser knyttet til den, som følgelig vil ha betydning for praksisen å hente legemidler på apoteket.

I legens hender

«Det legen har skrevet ut til meg, det er det jeg skal ha. Hadde jeg hatt mer peiling på tablettene enn han, så hadde jeg ikke behøvd å gå til han, da kunne jeg bare tatt en tablett sjøl. Det er ikke vits i å gå til legen, og så gjøre det motsatte av det han mener. Det er dumt.» (Leif)

Motivasjonen for å besøke legen, ta til seg og følge legens råd, bygger på et meningsmoment som mine informanter diskuterer og etter Shove, Pantzar og Watsons (2012) begrepsapparat «overføres» til bytteavgjørelsen. Meningen hviler på etablerte ideer som jeg velger å kalle «legen vet best» eller «legens ord er loven». Sissel uttrykker det ved å si «Legen er jo den eneste man kan stole på», men også en idé om at legemiddelansvaret ligger hos legen. Slike forestillinger gjør det å velge det legen har forskrevet meningsfullt. Praksisen å hente reseptpliktige legemidler på apoteket, og å forstå fra det generiske alternativet, er meningsfullt fra en allerede etablert idé som kommer fra praksisen å besøke legen.

Under sitatet innledningsvis sammenligner Leif legen med seg selv. Dersom Leif hadde hatt greie på legemidler, hadde det ikke vært nødvendig å gjennomføre praksisen å

besøke legen og følgelig få utskrevet noen resept. Ideene om at «legens ord er loven», og «det er legens ansvar», kan tolkes fra et forbrukerperspektiv som handler om *trygghet* (Kjæres et al., 2013: 5). Slike tolkninger kan forstås gjennom Milgrams (1977) lydighetseksperiment. *Lydighet* overfor autoriteter reduserer ansvaret til den som mottar «ordren». I lydighetseksperimentet til Milgram rettferdiggjorde forsøkspersonene sine handlinger med «Lederen har «større del av ansvaret. Jeg var bare med» (Milgram, 1977: 58). Oversatt til dette caset ligger legens ansvar i resepten, aktøren gjennomfører bare praksisen henting av medisinen. Å avvike fra legens oppskrift er som å pårope seg et ansvar man ikke vil ha, og som informantene gir uttrykk for å ikke være i stand til å besitte.

«De enkeltes normer for lojalitet, plikt og disiplin skriver seg fra hierarkiets tekniske behov. De oppleves av den enkelte som noen ytterst personlige moralbrudd, men på det organisasjonsmessige plan er de simpelthen den tekniske forutsetning for opprettholdelsen av systemet som helhet» (Milgram, 1977: 191).

Når informantene forteller at de vil ha akkurat den varianten legen har skrevet på resepten, er det ikke nødvendigvis av lydighet slik det fremkommer i Milgrams eksperiment. Å hente akkurat den varianten legen har skrevet navnet til på resepten er meningsfullt fordi aktørene har *tillit* til legen angående legemidlene. I likhet med Kjærnes, Harvey og Wardes benyttelse av tillit i forbindelse med «matproblemer», om blant annet matens sikkerhet, kvalitet og økonomiske verdi (Kjærnes et al., 2013: 13), er den sosiale fordelingen av ansvar også viktig for legemiddelforbruket. Ideen om at ansvaret for at man får det rette legemiddelet ligger hos legen, gir mening til praksisen for informantene. Her henger delene tillit, ansvar og risiko tett sammen. Ansvaret gir informantene en form for frihet, men skaper også usikkerhet og frustrasjon (Kjærnes et al., 2013: 22). Ved å velge den varianten legen har forskrevet er de trygge på at de får det som er riktig for dem, ettersom trygghet ikke skal være til gjenstand for valg. Dessuten kan det også argumenteres for et normativt aspekt ved tillit. «Ofte kan man ikke forklare tillit uten å vise til tillitsgiverens tro på at han har et legitimt krav om at den andre er pålitelig» (Grimen, 2009: 41). Det er en forutsetning at trygghet for god helse er ivaretatt. Det illustrer også en oppfatning om at valget ikke tilhører forbrukeren, men legen.

Å kunne evaluere

Å handle eller hente legemidler er kanskje ikke like hverdagslig som dagligvarehandel, men de fleste informantene fortalte at de til faste tider besøkte et apotek, om det var én gang i uka, eller én gang hver tredje måned. Likevel er den en form for rutinisert praksis ettersom vi har mangel på kontroll. Når aktøren plutselig får spørsmål om han eller hun ønsker å bytte, altså får valget mellom to varianter, trekker ikke mine informanter bare på meningselementet «jeg vil ha det legen har sagt» som henviser til praksisen å besøke legen og tilliten som knyttes til den form for mening. Disse fortellingene kan også tolkes som en form for det Shove, Pantzar og Watson omtaler som *kompetanse*, riktignok en litt annerledes enn den introdusert under legemiddelforbruket i hjemmet.

I Shove, Pantzar og Watsons (2012) begrepsmodell deler ikke kompetanseelementet i to, slik andre praksisteoretikere gjør: «We lump multiple forms of understanding and practical knowledgeability together and simply refer to them as «competence» (Shove et al., 2012: 23). De skiller ikke den ubevisste, kroppsliggjorte og ferdighetsorienterte formen som gjør at individene vet hvordan de skal handle, fra den som innebærer å vite hvordan å kunne evaluere en handling og hvorvidt utførelsen av handlingen er god eller ei (Shove et al., 2012: 23). Det er kjennetegnet ved førstnevnte som benyttes i forbindelse med kompetanse til å ta legemidlene i hjemmet, og det Warde (2016: 132) kaller *prosedyrer*, og Schatzki omtaler som *regler* (2002: 79). Den andre formen for kompetanse, omtalt som *praktisk forståelse*, kan slik jeg tolker det, være av særskilt interesse i et ledd av informantenes fortellinger om evaluering av egen handling.

Noen av mine informanter gav uttrykk for at de ikke besatt nok eller riktig kunnskap til å kunne evaluere handlingen «å velge det generiske alternativet» når de fikk spørsmål om det på apoteket. Menings- og kompetanseelementene er svært nære hverandre her slik jeg tolker det. Ideen om hva som gjør en handling meningsfull, i dette tilfellet å gjøre et legebesøk og å velge den legen har forskrevet på resepten, nemlig ideen om at «jeg må høre på legen», dreier seg samtidig om evalueringen av handlingen. Å kunne evaluere hva som er riktig og ikke, kan i likhet med meningselementet, også tolkes fra et normativt perspektiv. At «legen vet best» forstås her med andre ord både som et kompetanseelement og meningselement som informantene mine «henter» fra praksisen å besøke legen og «tar med seg» inn i apoteket når de skal hente reseptpliktige legemidler og velge variant.

«Det er ikke nødvendigvis en risiko, men det føles som en risiko, å skulle ta et valg du ikke har peiling på, også skal du la penger diktere det.» (Anders)

Sitater som «det er legen som vet» og «jeg må stole på legen», som Anders antyder, bygger implisitt på ideen om at forbrukeren på den andre siden *ikke* vet. Når de tar medisiner i hjemmet, har de kompetansen til å vite hvordan å gjennomføre handlingen, de vet hvordan de skal ta medisinen, og bruke mekanismen, men den *kroppslige effekten* av medisinen, er mer diffus for informantene.

«Consumers do not have the technical know-how to measure the pharmacological effects of a medicine. This inability to measure efficacy leaves room for the most divergent ideas about medicines, varying from «chemical poison» to «miraculous power» (Whyte et al., 2002: 138).

Flere gav uttrykk for at de ikke forstod hvorfor de skulle ta et valg, eller at de ikke var kompetente til å ta det valget. Å få den legen har skrevet navnet til på resepten gir aktøren en form for trygghet og *fritak for ansvar*. Susanne forteller om dette:

I=Hvilken ville du valgt?

S= Den legen hadde foreskrevet meg, definitivt.

I=Kan du fortelle litt mer om det?

S= Det handler om usikkerhet og skepsis. Selv om medisinen skal være den samme så ville jeg nok valgt den legen hadde forskrevet, i tilfelle det skulle være en misforståelse et eller annet sted.

Lignende funn finner også andre forskerne (eks: Heikkilä et al., 2007; Patel et al., 2010; Roman, 2009; Toverud et al., 2011; Zerbini et al., 2017;). Det er enklere «å la legen velge» (Hassali et al., 2005: 261). Slike resonnementer dreier seg om aktørens opplevde risiko, hvor tilliten til legen døyver denne risikoen. Dette minner om det Lupton (1997) skriver om opplevelsen av å bli *myndiggjort* til å velge i situasjoner som handler om helse, hvor en gjentagende reaksjon var at det ikke var ønskelig. Informantene i studien gjennomført av Bulsara et al. (2010) forteller historier som ligner. De gav uttrykk for at de ikke hadde nok informasjon til å ta valget. Fra det praksisteoretiske perspektivet kan dette som sagt tolkes som en form for *evaluerende kompetanse*. På den ene siden tolker jeg det slik at mine informanter ikke besitter kompetansen til å evaluere medisinsens effekt. På den andre siden ser det også ut til at de strever med å evaluere hvorvidt handlingen om å ta avgjørelsen om bytte, er bra eller riktig. Utfallet av denne tvilen kan være ulikt i ulike situasjoner. Å konstatere tvil er en ting, en annen er hvordan tvilen håndteres. Dette skal jeg komme tilbake til.

«Jeg har brukt samme lege hele tiden, og en ting er at hun kan lese journalen min, men det viktigste er at hun kjenner meg på en måte.» (Kristine)

Informantene sammenligner ikke bare legens kompetanse med sin egen, men også med de apotekansattes. Dette påvirker også tilliten. Informantene skiller mellom kunnskap om legemidler, (den kompetansen besitter legen og ikke de på den ene siden), og kunnskap om deres sykdomshistorikk på den andre. Tillit slik det brukes her, i likhet med Kjærnes, Harvey og Wardes (2013), handler om å stole på noen angående noe, som Hardin (2002) skriver. Praksisen å hente legemidler og å ikke bytte, bygger ikke kun på tilliten til eller ansvaret beliggende hos legen, den avhenger også av forholdet til de apotekansatte.

Informantene stoler på både legen og de ansatte på apoteket hva gjelder legemidler. Da jeg spurte dem om hvem de stolte mest på, var noen svært tydelige på at det var legen de plasserte høyest, mens andre resonnererte seg frem til at de på apoteket kunne være mer pålitelige på andre områder. Flere vektla for eksempel tidsaspektet som viktig. Mens de apotekansatte tok seg tid til å informere, var det et gjennomgående poeng blant mine informanter at legens fullpakkeede timeplan kunne gå utover kvaliteten på konsultasjonen og følgelig deres tillit til hennes kompetanse. Tillit er spesifikk, og det er ikke selvmotsigende å stole på noen på visse områder og mistro dem på andre (Grimen, 2009: 14). Dessuten er også tillit rutinisert, ettersom vi er nødt til å stole på abstrakte systemer.

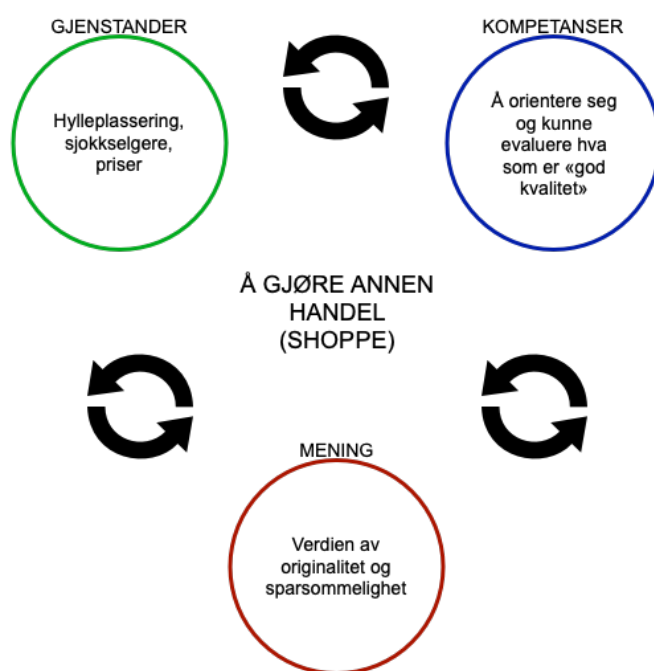
«For instance, we feel safe and out of the «danger zone» of illness because we have undergone regular and routine medical check-ups, even though we have virtually no chance of checking the validity of the evaluation of our results since we are dependent on the information provided by experts» (Misztal, 1996: 110).

En gjennomgående fortelling dreide seg om de apotekansattes mulighet til å vite noe om deres sykdomshistorie. De hadde klart god kunnskap om legemidler, men det var

tross alt legen som hadde tilgang til journalen og kjente dem. Denne informasjonen besatt ikke de apotekansatte, idet de spurte informantene om de ville bytte til synonympreparatet.

5.3 Shopping

Etter at informantene mine hadde fortalt om seg selv, fortsatte jeg intervjuet med å be dem om å snakke om hva som var viktig for dem når de skulle handle et eller annet, altså shoppe. Da intervjuguiden ble utviklet var jeg interessert i informantenes tillit til apoteket som institusjon og de apotekansatte. Ideen bak å stille et slikt åpent spørsmål om annen shopping var relevant ettersom apotekbesøket også oppfordrer til «shopping» gjennom kombinasjonen av selvvalg og direktereseptur. Praksisen å *shoppe* er ikke like stedfestet som legebesøket og hjemmet, men det gjør ikke elementene som presenteres ved denne praksisen mindre relevant for legemiddelforbruket og byttenekt. Det som er av interesse for denne analysen og som jeg vil fokusere på her er *butikkarkitektur, merkeloyalitet, kvalitet, sparsommelighet og muligheten til å orientere seg*.



Figur 5.3. Praksisen å gjøre annen handel (shoppe), beskrevet etter elementkjennetegn

Hylleplassering og priser

Å shoppe innebærer en rekke sentrale gjenstander aktørene har ulike assosiasjoner og klassifikasjoner til, samtidig som de fungerer som ressurser for å opparbeide seg en kompetanse. Jeg antar at Cochoy (2009) for eksempel ville vært opptatt av handlevognen. De gjenstandene jeg finner relevante å ta i betraktning i forbindelse med shoppingpraksisens relevans for praksisen å hente reseptpliktige legemidler på apoteket, er plassering av hyller, reoler og varene. En annen ting som ikke er fysisk, men som jeg likefullt mener kan kategoriseres som en ressurs, et verktøy, eller noe kompetanse og mening kan være iboende forbundet med, er *pris*. Latour, som Shove, Pantzar og Watson bygger deler av sin forståelse av praksisteorien på, definerer «ting» som «stuff out of which socialness is made» (Latour, 2000: 113). Pris tolker jeg som en slik form for «ting», da det er en abstrakt enhet som kan leses som tall. Tallene befinner seg på en prislapp, i ei skinne i hylla, eller gjennom språk (informasjon) og står i et meningsforhold til den gjenstanden som prisen er vedhengt.

God kvalitet - Fra dårlige billigkopier til viktigheten av sparsommelighet

Intervjuer= «Farmasøytene kaller det generisk bytte, har du hørt om det før?»

Berit= «Jada, jeg har hørt det begrepet på apoteket, men dem får snakke norsk. Det høres jo ut som om det er genmanipulert eller noe sånt.»

Berits oppfatning av det fremmede uttrykket minner om Hassali, Kong og Stewarts funn (2005), hvor informantene ikke benyttet seg av begrepet «generisk bytte». Det var også svært få av mine informanter som hadde hørt ordet «generisk» før. Berits opplevelse av begrepet oppsummerer dette ganske godt. *Generisk* var for mange ukjent, og de fleste som hadde hørt uttrykket før, opplevde det som merkelig. Monika synes det høres «helt gresk ut» og oppfattet det som et språk forbeholdt legen og farmasøytene. Betegnelse mine informanter brukte strekte seg fra «kopi», «erstatning», og «den andre», til «uekte» og «annenrangs». Til disse termene hadde informantene assosiasjoner, som ble sammenlignet med andre forbruksartikler hvor det også fantes original og kopi.

Hittil har informantene fortalt at de på den ene siden vil ha de legemidlene de er kjent med, hvor de trekker på elementer fra praksisen å ta legemidlene i hjemmet. På den andre siden forteller de at de vil ha den varianten legen har forskrevet, som hviler på etablerte meninger og evaluert kompetanse fra legekantoret. Disse fortellingene sier derimot ingen ting om at synonympreparatene i seg selv er dårlige. Når de henviser til «det originale», vil det si det som var originalt for dem eller det som opprinnelig stod på resepten, uavhengig om det i utgangspunktet var et faktisk originalt- eller synonympreparat. Samtidig er det andre som er utelukkende opptatt av at originalprodusent er «den beste».

«Ved å lage sånne kjente ting som «den originale» og «kopien», så høres det jo med en gang «bra» og «dårlig» ut. Alt ved den originale høres jo alltid best ut. Om det er en Coca Cola eller hva som helst, den originale har jo

vært der lengst, og den som har vært der lengst høres jo ut som den som er best.» (Anders)

Slike fortellinger minner om det Costa-Font et al. (2014) fant i sin studie, og det de omtaler som «merkelojalitet». Aaker (1991) skriver om konseptet, og definerer merkelojalitet som «measure of the attachment that a customer has to a brand» (Aaker, 1991: 31). Dette kan forstås som en form for tillit eller trygghet (Fournier, 1998), men en annen enn den som informantene trekker fra de etablerte praksisene å ta legemiddelet i hjemmet og å besøke legen. Flere sammenligner original og kopi med andre forbruksvarer og trekker følgelig på etablerte ideer fra praksiser som har med for eksempel dagligvarehandel å gjøre. Monika assosierer synonympreparater med First Price-produkter fra dagligvaren. Hun forteller om First Price som noe «annenrangs», men sier likevel at produktene deres kan være vel så gode som de dyre. First Price er en merkevare i seg selv, men henviser også til et annet sentralt element informantene mine også var svært opptatt av, pris.

*«Jeg hadde jo tenkt: Hvorfor er den så mye billigere, er den ikke like god?»
(Gustav)*

I forlengelse av mine informanters assosiasjoner om original og kopi følger også et annet sentralt meningselement. Som nevnt i metodekapittelet, ble det gjennomført en «prisøvelse» under intervjuene, hvor informantene skulle velge mellom original og synonym med tre ulike prisforskjeller (se vedlegg 4 og 5). Det er som tidligere nevnt ofte sånn at de generiske alternativene er billigere enn de originale, og dette bød på utfordringer for mine informanter. Gustavs sitat illustrerer et rådende meningselement flere trakk på. Dersom noe er billigere, betyr det da at det er mindre bra? Denne assosiasjonen viser til et poeng redegjort for tidligere. Informantene har ikke anledning til å evaluere medisinenes farmakologiske effekt, men det som gjør praksisene knyttet til legemiddelforbruk meningsfull hviler på ideen om at disse medisinerne skal gjøre meg frisk eller forhindre at jeg blir syk.

I mangel på muligheten til å evaluere, så det ut til at informantene trakk på etablerte forestillinger fra dagligvarehandel og andre praksiser som har med shopping å gjøre, hvor pris fungerte som et kompass for *kvalitet*¹⁹. Den gjennomgående assosiasjonen lød at billig var ensbetydende med dårlig, og dyrt var kjennetegnet som bra. Det var selvfølgelig varierende grader av disse ideene, noe som jeg også vil poengtere under neste del. Anders var kanskje den som befant seg i ytterpunktet av denne forståelsen. Han fortalte selv at han utelukkende ble styrt av pris, enten han skulle kjøpe elektroniske artikler, matvarer eller medisiner. Under prisøvelsen ønsket han alltid den dyreste. Jeg spurte også hvilken han ville valgt dersom det ikke var noen prisforskjell, hvorpå han svarte at dersom prisen var lik, ville det være vanskeligere å velge, fordi lik pris betød lik kvalitet. Disse resonnementene minner om funnene Patel et al. (2010) og Sewell et al. (2012) gjør. Informantene i deres studier trakk på assosiasjoner de hadde når de handlet kjente forbruksvarer og klær, som de oversatte til medisinforbruket. Tittelen på Patel et als. arbeid (2010), som også er et sitat, beskriver dette godt: «This

¹⁹ Skuland og Vittersø (2013: 58) poengterer at begrepet *kvalitet* må brukes med varsomhet i vitenskapelige sammenhenger, da det henviser til både personlige opplevelser og materielle egenskaper. Dette kommer jeg tilbake til i neste del.

body does not want free medicines». Anders var spesielt opptatt av dette når det gjaldt det han omtalte som «skummel medisin», og da jeg spurte hva han mente med det, svarte han medisin som «var viktig at virket sikkerlig». Lignende resonnementer hadde også Kari og Leif:

Kari: «Nei, altså det gjør jo ingen ting med den slimløsende medisinen for eksempel. Da tar jeg eventuelt bare en ekstra om den ikke fungerer like bra.»

Leif: «Ja, men de faste medisinene jeg tar, for blodtrykket og sånt, de skal man ikke tulle med.»

I *Millers A Theory of Shopping* (1998), beskriver han hvordan kvinnen gjør dagligvarehandel. Et viktig poeng i hans shoppingteori dreier seg om å utvise kjærlighet. Når moren i husholdningen skal handle dagligvarer, noe det som regel er hun som gjør, tenker hun på de hun skal handle til. Det er viktig at de som skal spise maten, barna og ektefellen, blir fornøyde med det hun tar med hjem og at det er «bra nok». Miller skriver at dette uttrykket for omsorg handler om hengivelse i den forstand at hun må gi avkall på en rekke andre ting for å tilfredsstille behovene til dem hun elsker (Miller, 1998: 123-124). Pris kan være et eksempel på dette, noe et par av mine informanter som hadde barn som bodde hjemme (småbarn eller ungdommer), ga uttrykk for. Nedenfor snakker jeg med Lars om dette:

I= «Har du fått spørsmål om bytte i forbindelse med medisiner til barna?»

L= «Ja, det tror jeg, og det skal i alle fall ikke barna ha, nei, ærlig talt!»

I= «Mm, vil du fortelle litt mer om det?»

L= «Jeg betaler heller 2000 kroner ekstra for at barna skal få det de trenger, enn noe billig.»

I= «Mm, forstår jeg deg rett da at det som er billigere er...»

L= «Dårligere?»

I= «Ja?»

L= «Ja! Når jeg skal gi medisiner til barna, som jeg må krangle i dem på en eller annen måte, så skal jeg vite at det hjelper, ikke sant? Jeg som pappa skal kunne gå god for det. Og da føler jeg meg tryggere i beslutningen om at: «Nei, dette er ikke diskuterbart, du er syk og må ha denne medisinen!»

Susanne forteller lignende historier når hun skal handle til barna sine. Det er viktig at de skal få det de trenger, så kan hun heller kjøpe «billigere» varianter til seg selv. Hun forteller at hun heller lener seg oppover enn nedover i pris, spesielt når hun handler varer i utlandet eller på andre arenaer hvor butikkene eller produktene hun skal kjøpe er ukjente. Apoteket og legemidlene forstås som en slik «arena».

«Jeg tenker at dyrt er kvalitet.» (Susanne)

I motsetning til de etablerte meningene om at dyrt er bra og billig er dårlig, verdsatte de fleste av informantene mine samtidig en måteholden livsstil, foruten Anders og

Susanne, som til stadighet jaktet de dyreste produktene. Når det gjaldt handel av andre forbruksvarer for de andre, virket det som at de ønsket å kompensere for de dyre legemidlene ved å fortelle hvor viktig det var å spare penger på andre arenaer de shoppet. Til tross for at dyrere som oftest var assosiert med noe bedre, og billig det motsatte, var det billige «innafor» så lenge det var «godt nok».

«Vi er veldig opptatt av pris og unner oss ingen luksus. Vi følger særlig med på kjøttproduktene og kjøper heller store kvanta.» (Kari)

Jeg forstår det på den måten at ideen om at «dyrt er bra og billig er dårlig» til stadighet består, samtidig som informantene ønsker å rasjonalisere handlingene sine, slik Lien også (2007) diskuterer. Sissel, Monika og Astrid for eksempel, var veldig opptatt av å handle på salg. Å kunne kjøpe mat, klær eller andre produkter med nedsatt pris fordi det nærmet seg utløpsdato eller ikke lenger var sesongvare, verdsatte de.

«Når jeg handler dagligvarer er jeg veldig opptatt av pris og det har jeg alltid vært. Jeg levde jo under krigen, og da hadde vi ikke så mye. Nå kjøper jeg kaffe til 14,90! Det er billig.» (Astrid)

Også når det gjaldt valg av billig versus dyr medisin på apoteket, stod billigst høyest for noen av informantene. Berit, som var svært kritisk til generiske alternativer og trakk på ideene om at «jeg vil ha den legen har forskrevet» og «originalen er best», nektet likevel å betale ekstra for å få disse og endte dermed som regel opp med å bytte. Fortellinger om å spare og handle på salg minner om det Miller omtaler som viktigheten av *sparsommelighet* (1998: 49). Lehtonen og Pantzar (2002) inspireres av Millers forskning i sin studie av banksparing i Finland:

«Thus although people in various circumstances use the general term «saving» to name their activities, the reasons for and the contents of these practices vary. In our material the texts balanced between repeating the perceivedly self-evident worth of thrift and the need to demonstrate its usefulness by listing concrete reasons for it. Saving was seen as something that everybody already strives to do, but that still needs to be promoted» (2002: 215).

Bortsett fra Berit, som valgte synonympreparatet til tross for at hun egentlig ønsket den originale medisinen, grunnet pris, overførte de færreste denne meningen med sparsommelighet fra andre shoppingpraksiser over til apotekbesøket og henting av reseptpliktig medisin. Kompetanseelementet kan kanskje gjøre denne forståelsen enklere for oss.

Orienteringskompetanse og å vite hva som er «bra»

For å gjøre shopping kreves det en bestemt kompetanse. Ettersom kompetanseelementets problematikk allerede er adressert, trekkes ikke den diskusjonen lengre her. Slik jeg tolker det, er det innenfor praksisen å shoppe (både i apoteket så vel som andre steder), mulig å kategorisere det mine informanter forteller om dette, både som uttrykk for prosedyrer/regler og praktisk forståelse. Det som gjør denne formen for praksis spesiell er at disse to måtene å forstå kompetanse på,

henger nøyere sammen. Det handler på den ene siden om et sett innøvde ferdigheter for å kunne orientere seg i en butikk, men også om å være i stand til å evaluere hvorvidt man kan og hva man skal velge.

Da informantene mine fortalte om hvordan de gjorde annen shopping, særlig dagligvarehandel, slet de med å huske hva de gjorde. «Ja, hva er det jeg egentlig gjør?» undret Anders. Sissel slet også med å ordlegge seg da hun skulle fortelle om dette: «Vi tenker jo ikke på hva vi gjør!». Igjen vektlegges kompetanseelementets ferdighetslignende kjennetegn. Behavioristene vil kanskje kategorisere det som psykologiske prosesser, jeg velger å kalle det rutiniserte praksiser. Dulsrud og Jacobsen (2009: 203) beskriver i sin artikkel om markedsføring i butikker, hvordan forbrukerens valg når de shopper er kroppsliggjort. Butikkens arkitektur og varenes plassering i hyllene virker disiplinerende på atferden vår når vi handler og følgelig hvilke valg vi tar (Dulsrud & Jacobsen, 2009: 206). En slik form for kompetanse, som tydeligvis består hos mine informanter når de skal handle dagligvarer, hvor de sliter med å huske hva de faktisk gjør, ser ikke ut til å «oversettes» til apoteksituasjonen, til tross for at de sammenligner apoteket med andre steder de shopper. Eller for å si det på Foucaults måte, markedsinstitusjonens disiplinering har ikke en direkte overføringsverdi til apoteket som institusjon (Foucault, 1977: 215). Shopping som innlært kroppsteknikk gjør seg ikke gjeldene der på samme måte som i dagligvarebutikken (Mauss, 1979), og den er med andre ord ikke «in our very bones» som Zukin (2004: 29) skriver.

Anders opplever det som at apoteket stadig minner mer om en vanlig butikk, «en Vita med et ekstra rom», eller «en kiosk» som han også kaller det. Varer og gjenstander han mener er med på å skape disse kjennetegnene gjør det vanskelig å hente medisiner på apoteket:

A: Først og fremst må jeg finne frem til denne tingen man skal trykke på.

I: Ja, kølappmaskinen, hvordan fungerer det?

A: Stort sett fungerer det ganske bra, men de kunne nok merket den litt mer, for den blender litt vel inn.

Monika opplever det på samme måte:

«Apotekene var bedre før i tida, nå putter de for mye greier inn der, sånne store pappreoler med tilbud. Kommer det 14 mennesker inn på apoteket og alle skal stå i kø for å hente resept, da blir det trangt og vanskelig å finne fram.»

Når informantene mine endelig har kommet frem til direkteresepturen og skal hente de reseptpliktige legemidlene, mister de anledning til å vurdere og evaluere kvalitet som de gjør når de skal handle andre varer. Sissel forteller at hun er opptatt av å kjenne på klærne, de skal ha et sterkt og godt materiale. Når Monika plukker frukt må hun ha anledning til å studere dem nøye:

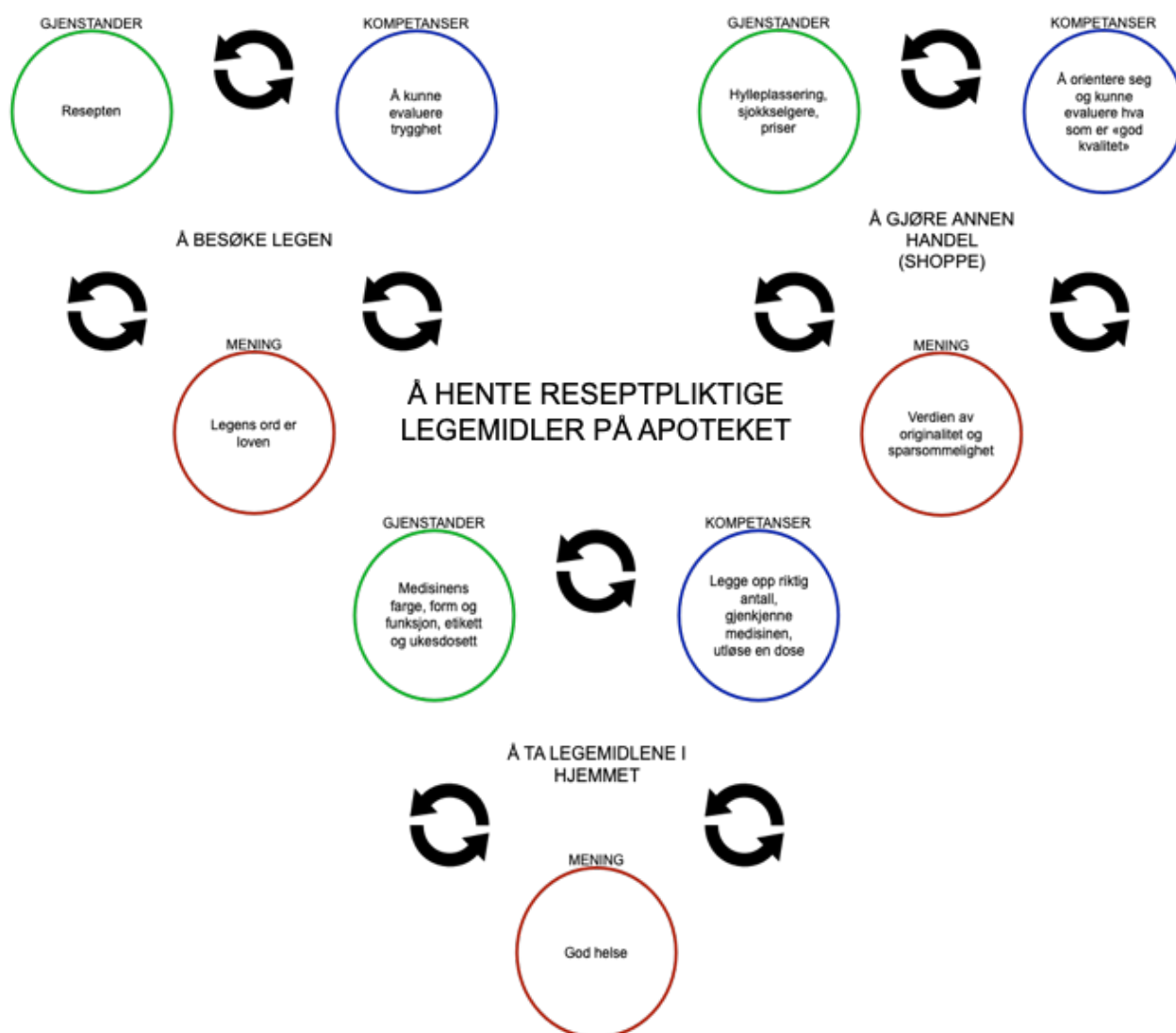
«Det verste jeg vet er når det er klementin- eller appelsinsesong, og de er stappet i poser. Da vet ikke jeg hva som ligger i midten der. Det kan være muggent, så det kjøper jeg aldri. Jeg plukker alltid sjøl.»

Å kunne forholde seg til gjenstandene som skal kjøpes og «vurdere» dem, gjøres mulig ettersom de aktuelle varene er tilgjengelig for aktøren. Berit bryr seg ingen ting om det er en liten bøy på gulrota for eksempel, den er like god. Denne anledningen får man riktignok ikke når man henter ut reseptpliktige legemidler på apoteket. Til tross for at det i dag i mange apotek er åpent for innsyn til bakrom og medisinlager, eksponeres ikke kundene for hverken kommersiell påvirkning av de dyreste originalvarene i en spesiell synsvidde (Dulsrud & Jacobsen, 2009: 209), eller de reseptpliktige medisinenes eventuelle «skavanker» slik som frukt og grønt i dagligvarehandelen. Det gir hverken mulighet til å «plukke» det som er enklest tilgjengelig og som de alltid har plukket, eller å ta et valg basert på medisinenes «kvalitet».

Ordet *kvalitet* brukes ofte om noe som er «bra» (Troye, 1990). Men hva som vurderes som «bra» er relativt. I forbruksforskning om mat skiller man vanligvis mellom ulike former for kvalitet (Skuland & Vittersø, 2013). Når det kommer til legemidler er det ikke ulike former for kvalitet slik det er med mat på samme måte. Lien og Døving (1996: 41-42), med inspirasjon fra Darby og Karni (1973), skiller mellom synlig-, erfaringsbasert- og tillitsbasert kvalitet i sin rapport om grønnsaker. Kvalitet som forbindes med innholdsstoffer (tillitsbasert kvalitet) er kanskje den eneste som er relevant for kvalitet ved legemidlene, ettersom medisinen skal gjøre informantene friske eller forhindre sykdom, altså frembringe god helse. Dersom legemiddelet hadde «god kvalitet», betød det at det var «godt for helsa». Til tross for at form og farge (synlig kvalitet) også var viktig for informantene når det gjaldt legemidler, hadde dette ingen lik forbindelse med synlig kvalitet som den Anders forteller om når han velger matvarer som «ser» bra ut. Ved medisiner er man fratatt de kvalitetsmessige kjennetegnene som kan sees eller kjennes, man må rett og slett bare vite om de er bra, noe informantene mine ofte gav uttrykk for at de ikke gjorde. Å vurdere pris og kvalitet, som umiddelbart fremstår som et utilitaristisk kjennetegn, kan med andre ord også tolkes som et uttrykk for praktisk forståelse. Repertoaret om grønnsakers form og konsistens, eller følelsen av klærs materiale, var eksempler flere trakk på. Slike fortellinger fra dagligvarehandelen, hvor informantene skulle vurdere kvalitet fremstod på mange måter som «konstitutive», som Presser kaller det (2009). At det ikke gjør noe om gulrota er krokete, er allerede fortolket og vurdert slik at informantene vet hva de skal gjøre når de handler dagligvarer. Å ikke ha noen kvalitetsmessige kjennetegn å lene seg på som befant seg i slike allerede fortolkede fortellinger, når de skulle handle legemidler, som de kunne se eller kjenne, gjorde valget vanskeligere. Det kan med andre ord argumenteres for at måten varene er promotert på, gjør det vanskelig for aktørene å i det hele tatt ta et valg. Hverken den ferdighetsbaserte varianten av kompetanse, eller den som handler om å evaluere på bakgrunn av hva som er riktig og galt, som gjør seg gjeldende når aktørene shopper andre ting, når praksisen å hente reseptpliktige legemidler og valget om bytte. Deres kompetanse som forbrukere fra annen shopping (både den kroppsdisiplinerende og vurderingsorienterte) er ikke direkte overførbar til henting av reseptpliktige legemidler.

5.4 Praksisbunten

Hittil har en «bunt» av praksiser som utgjør legemiddelforbruket og som kan fortelle oss noe om byttenekt blitt identifisert og diskutert. Praksisene består av ulike elementer som er med på å holde de ulike praksisene sammen. De gjør praksisene meningsfulle og ofte rutiniserte. Å velge *den originale, den man alltid har hatt eller den legen har forskrevet*, hviler på etablerte meninger, kompetanse i form av kroppsliggjorte ferdigheter og forståelser for hva som er riktig og galt. Disse elementene hentes fra praksisene *å ta legemidlene i hjemmet, å besøke legen og å gjøre annen handel*. Nedenfor, i figur 5.4, illustreres en sammensetning av de ulike praksisene.



Figur 5.4. «Praksisbunten», en sammensetning av praksisene

For det første bygger legemiddelforbruk og byttenekt på ideen om at medisiner skal gjøre oss friske eller forhindre at vi skal bli syke, som knytter det å hente legemidlene sammen med det å ta dem. Legemidlene skal gi oss «god helse». Samtidig innebærer praksisen i hjemmet å vite hvordan ta legemidlene. Dersom tablettens farge og form

endres, byr dette på utfordringer for den etablerte praksisen. De andre elementene aktørene trekker på, hentes fra praksisene å besøke legen og å gjøre annen handel. Evalueringen av handlingen å velge mellom de to variantene, strider med den etablerte kompetansen aktørene overfører fra legekantoret, hvor «det er legen som har kunnskap om legemidler og min sykdomshistorikk», i tillegg til den etablerte ideen om «legens ord er loven». Meningselementet, om at prisen bestemmer kvaliteten, hvor «dyrt er bra og billig er dårlig», og assosiasjonene knyttet til kopi og original, som importeres fra annen form for shopping, gir også byttenekt mening.

Disse praksisene glir over i hverandre, er stadig i produksjon og gjentar seg selv. Noen av elementene nevnt i avsnittet ovenfor fremmer byttenekt, mens andre svekker det. De ulike meningene og kompetansene i forbindelsene med gjenstandene som flyter på tvers av praksisene, byr også på utfordringer. Samspillet mellom de ulike menings- og kompetanseelementene som mine informanter trekker på når de skal hente reseptpliktige legemidler, er ikke nødvendigvis uten problemer. «The attaching and detaching of meaning and signification sends ripples across the cultural landscape as a hole» (Shove et al., 2012: 36-37). I delene som følger vil elementenes omfang diskuteres videre, og hvordan spenningene mellom dem kan studeres som et skille mellom to overordnede «praksiser» jeg velger å kalle forbrukerpraksis og pasientpraksis som følgelig består av to motstridende prinsipper: *marked* og *helse*.

6. Diskusjon: Tautrekking i apoteket

Hittil har en rekke ideer, assosiasjoner, ferdigheter, vurdering og ting, som informantene forteller om, blitt studert. Fortellingene har gitt oss informasjon om legemidlenes iboende forbindelse med kompetanse og mening, når aktørene skal ta legemidlene i hjemmet, besøke legen og handle andre varer. Informantene mine finner det både enkelt og problematisk å overføre disse ulike elementene til praksisen å hente legemidler på apoteket. Hvilken betydning har samspillet mellom de ulike praksisene for situasjonen hvor valget om bytte tas? Og hvordan håndteres dette samspillet når forbrukerne gjøres ansvarlige for å velge mellom original- og synonympreparat?

I forlengelse av praksisteoriens elementer og spenningene mellom dem, kan betydningene av det informantene gjør (det Schatzki (2002) omtaler som «sayings») diskuteres videre. I denne delen vil «meningselementet» spesielt, og hvordan ulike meninger som ikke kommer overens, studeres fra det praksisteoretiske perspektivet. «Vekslingen mellom ulike og motstridende fortellinger knyttes til en kamp mellom ulike måter å forstå (situasjonen) på» (Tanum & Krogstad, 2014: 268). Ulike ideer og forestillinger gjør byttenekt meningsfullt eller ikke for informantene. De motstridende elementene aktørene trekker på kan plasseres innenfor og forstås gjennom kategoriene jeg har valgt å kalle *forbrukerpraksis* og *pasientpraksis*. Shove, Pantzar og Watson beskriver hvordan bunter av praksiser oppstår og svinner hen som en konsekvens av konkurranse og/eller samarbeid mellom praksiser (2012: 88). «Relations between practices take different forms – some collaborative, some competitive (...)» (Shove et al., 2012: 120). Aktørene trekker på ulike elementer som gjør handlingene deres meningsfulle og «riktige». «Engagements are emotional and normative orientations related to what and how to do something» (Halkier, 2009: 361). Noen virker positivt og andre negativt på byttenekt. De motsetningsfylte prinsippene konkurrerer om betydningstilskrivelse i apoteket.

Monika beskriver apoteket som «et sammensurium av sportsbutikk, parfymeri og klesbutikk». Disse assosiasjonene minner om Johannessen og Skeies beskrivelse av apoteket som en sammensetning av bank og parfymeri (1995: 274). En slik dobbelthet setter aktørene i det jeg tolker som et spenningsforhold. Jeg velger å tolke apoteket som en blanding av en marked- og helseinstitusjon, hvor aktørene følgelig er forbrukere eller pasienter som gjør forbrukerpraksiser og pasientpraksiser. Dette byr på utfordringer. Det dannes ambivalens ved å mikse ulike praksiser.

6.1 Pasientpraksis og forbrukerpraksis

Informantenes evaluering av handlingen å bytte ble vurdert som ugrei ettersom de sammenlignet legens legemiddelkompetanse med deres egen, hvor det å bytte ville bety å påta seg et ansvar de mente de ikke kunne besitte. Disse fortellingene kan assosieres med en *pasientpraksis* og et *helseprinsipp*. Anders forteller at han ikke ønsker å ta et valg, noe som fra de tradisjonelle pasientassosiasjonene henviser til et passivt kjennetegn (eks: Hem, 2013; Johnsen, 2003). Pasientpraksisen inkluderer

meninger om et hierarkisk forhold mellom pasient og lege, hvor legen og legens foreskrivning plasseres øverst, altså et tradisjonelt forhold mellom pasienten og legen.

Helseprinsippene påvirker ikke bare aktørene på legens kontor, men også i apoteket. I motsetning til de reseptfrie legemidlene aktørene kan få kjøpt i selvvalget på apoteket, fungerer legens foreskrivning, resepten, som en «overfører» av pasientpraksisen til apoteket. Resepten var som tidligere nevnt, en viktig gjenstand i overføringen av menings- og kompetanseelementene, som jeg diskuterer som overlappende, fra legekontoret til apoteket. Den henviser til oppskriften som legen har kompetansen til å skrive, og som mine informanter ikke har. Å hente legemiddelet på apoteket blir meningsfullt fordi resepten skal «innløses» som en billett, og følgelig fordi vi har en forventning om at medisinene skal gjøre oss friske eller forhindre at vi skal bli syke. Whyte et al. skriver at medisinene for mange er uunnværlige for å opprettholde en god helse (2002: 138). Helse og sykdom identifiseres også i fortellingene som dreier seg om tillit og trygghet og ansvarsfraskrivelse. Disse ideene kan plasseres i pasientpraksisen, da de minner om de normative forståelsene av hva en pasient kan gjøre og ikke.

Forbrukerpraksisen på den andre siden, består av meningene jeg tolker som ideer om et måteholdent liv, som aktørene trekker fra etablerte praksiser knyttet til dagligvarehandel og annen shopping. Eksempler på informanters fortellinger som gir grobunn for en slik tolkning som jeg velger å kalle *markedsprinsipper* er: «Jeg unner meg ingen luksus», «det er alltid ålreit å spare penger ved å handle på salg», «jeg kikker som regel på kiloprisen», osv. «Forbrukeren» er med andre ord prisbevisst og kostnad-nytte-orientert, slik den tradisjonelle forståelsen av begrepet fremstilles (Kjærnes et al., 2013: 10). *Forbrukerpraksisen* kjennetegnes også av å ha kompetanse til å evaluere handlingen. Når informantene forteller om deres sikkerhet rundt det å foreta «gode valg» når de handler varer som krever at de er oppmerksomme på kvalitet, er dette uttrykk for *forbrukerpraksisen*.

Spenningen mellom disse praksisene og deres prinsipper, som drøftes i analysen som følger, kan enkelt illustreres gjennom Luptons poeng (1997). Til tross for at det er aktørene som er hennes analyseobjekter, og ikke praksisene slik som hos meg, «settes» aktørene i både en *forbruker-* og *pasient-*praksis samtidig eller på ulike tidspunkter avhengig av konteksten (Lupton, 1997: 373).

6.2 Motstridende meninger

I del 5.1 «Legemiddelforbruk i hjemmet», var den overordnede assosiasjonen til legemidlene blant mine informanter at de skulle gjøre dem friske, eller forhindre dem fra å bli syke. Disse meningene kan omtales som bærende for alle de ulike praksisene presentert tidligere. Vi besøker legen, shopper legemidler og for eksempel dagligvarer (mat), og tar legemidlene. Alle disse praksisene drives av blant annet et ønske om det jeg velger å kalle *helse*. Eller rettere sagt, å opprettholde en *god helse*. Tablettene, salvene, inhalasjonskapslene, injeksjonene, osv, har en slik assosiasjon tilknyttet seg. Men når aktøren skal hente reseptpliktige legemidler på apoteket og får valget mellom to varianter byr dette på utfordringer for ønsket om å opprettholde god helse. Dette

strider med legens resept, det som kan kalles «legens ord», å bytte til synonymet, slik mine informanter forteller det.

«Det står Zocor og Albyl-E på resepten, er det ikke greit at jeg får det da? Jeg skal jo ha den legen har skrevet ut. Jeg mener, hvis jeg går i butikken og skal ha kneip, så får jeg ikke loff.» (Leif)

Å følge legens foreskrivning gir en form for trygghet, hvor aktøren slipper å være engstelig for en eventuell risiko ved egen helse og sykdom. Denne etablerte meningen påkaller en forståelse av forholdet mellom legen og pasienten. At det er «enkelt» å la legen velge, indikerer et hierarkisk forhold hvor legen er på topp og pasienten er underdanig, i likhet med Johnsens (2003) fremstilling av den passive pasienten versus den aktive og handlekraftige legen.

Informantene mine sammenligner også betegnelse «kopi» og «billig» med andre varer som de kjøper. Assosiasjonene knyttet til disse betegnelse er negativt ladete og gir for noen av informantene ideer om at kvaliteten på de generiske medisinene er mindre bra, i likhet med for eksempel «rimelige» eller «uekte» varer av klær og sko. Slike assosiasjoner minner om Shove og Pantzars funn i sin artikkel om Nordic Walking (2005). Sykdom og alderdom, som gåstaver opprinnelig var assosiert med, fungerte som et hinder av etablerte ideer for sportsutstyruvikleres salg. Å omtale et produkt som «billig kopi» gir assosiasjoner til dårlig kvalitet og/eller lavere effekt. Dette utfordrer, i likhet med å avvike fra legens ord, tryggheten knyttet til sykdom og helse.

Ideene om «legens ord» og negative assosiasjoner ved «kopi» og «billig», samsvarer. Synonympreparater er som regel rimeligere, og det er kun når legen har forskrevet den originale at aktøren får spørsmål om bytte på apoteket. Likevel er det som påpekt tidligere ikke alltid sånn at det informantene omtalte som «original»-medisin faktisk er *originalmedisin*, men det navnet som står forskrevet på resepten, eller den man har hatt tidligere. Samspillet mellom disse meningene gjør at de forsterker hverandre. Først er man innforstått med at man skal ha den man alltid har fått, og det navnet som legen har forskrevet på resepten, av de meningselementene som råder der. Deretter blir man introdusert for alternativene som «rimelige etterligninger». Leif, som var bestemt på å få legemiddelet med samme navn som legen hadde skrevet på resepten, fortalte om følelsen han satt igjen med etter første gang han fikk spørsmål om å bytte og i tillegg ble kjent med prisen:

«Jeg tenkte: Pokker! Har dem ikke råd til tabletter til meg lenger, har jeg blitt for dyr for dem?»

Med «dem» mener Leif velferdsstaten, som betaler 61 eller 100 prosent av legemiddelsummen, avhengig av om man har frikort eller ikke. Byttesituasjonen betyr å måtte betale prisforskjellen mellom synonym og original dersom man velger sistnevnte, i tillegg til 39 prosent av det den billigste koster, med mindre man har frikort og kun betaler prisforskjellen. Dette inviterer forbrukerpraksisen til apotekarenaen.

I tillegg til å assosiere billig og kopi med dårlig kvalitet, var det samtidig viktig for mine informanter å utvise måtehold og sparsommelighet. Disse etablerte meningene, «konkurrerer» mot hverandre og om betydningstilskrivelse på apoteket.

Forbrukerpraksisen gjør seg da også gjeldende der. Under prisøvelsen undret Astrid seg over dette:

«Jeg vil alltid ha den originale, selv om den koster 600 kroner istedenfor 100. Hun som står bak disken vil jo sikkert tenke at jeg er teit, det er jo som å kaste penger ut av vinduet.»

Hun har med andre ord en idé om hva andre vil tenke om det hun gjør, og det valget hun tar. Sparsommelighet har en verdi som er felles kjent, en del av et repertoar informantene mine benytter seg av, slik også Lehtonen og Pantzar skildrer (2002). Lars formulerer seg på lignende måte når han sier at: «Det er jo egentlig helt tilbakestående å betale så mye for noe som er det samme.» Her trekker de både på markedsprinsipper og helseprinsipper samtidig. Eller som Anders sier:

«Jeg er villig til å kjøpe den sikkerheten.»

Verdien av å spare og å fremstå som en «rasjonell forbruker», samsvarer ikke med det å utvise kontroll, omsorg og å gjøre det som ansees som «best» for egen og/eller nær families helse (Whyte et al., 2002: 36). Denne tosidigheten kan tolkes som et uttrykk for det Kjærnes, Harvey og Warde kaller for «removing a safety floor» (2013: 13). Ved å gi aktøren muligheten til å velge mellom trygghet og sparsommelighet står de overfor et dilemma, hvor det konkurreres om hvilke verdier som skal gjelde (Pecoraro & Uusitalo, 2014). Tryggheten ligger i legens ansvar for den farmakologiske effekten ved medisinen, som informantene mine sier de ikke kan evaluere. Valget er ikke deres ansvar, og en viktig forutsetning for forbrukerpraksisen faller med andre ord bort.

Miller (1998) skiller omsorg fra sparsommelighet. Begge deler er ønskelig når det skal shoppes, men kjærlighet er den viktigste «kraften som bærer» shoppingen hevder Miller (1998: 138). Det samme forteller mine informanter når de skal handle legemidler til andre. Noe må ofres, og i dette tilfellet er det pengene. Tryggheten som medfølger «legens ord», «å ha den jeg alltid har hatt» og «originalt», trumfer prisen og følgelig går «helsa foran pengene». De seirende meningselementene kan dermed tolkes som helseprinsipper. Lupton beskriver hvordan «forbrukeren» mangler det «pasienten» har: «It is as if «the consumer» lacks the physically vulnerable, desiring, all-too-human body which is the primary object of medical care» (Lupton, 1997: 380).

6.3 Kompetansekonflikt

Praksisene «å ta legemidlene hjemme», «å besøke legen» og «å gjøre annen handel» består i tillegg til spenninger mellom ulike ideer, assoisasjoner og verdier (meninger), også av ulike kompetanseelementer som alle er aktuelle for praksisen å hente reseptpliktige legemidler på apoteket og å velge en bestemt variant over en annen. Det er likevel ikke uproblematisk å trekke på flere kompetanseelementer i en ny praksis. I denne delen vil jeg drøfte kompetansesammensetningenes ambivalens i apoteksituasjonen.

Å ta legemidler hjemme krever en bestemt form for kompetanse som henviser til den delen som dreier seg om å vite hvordan gjøre. Denne kompetansen overføres ikke

direkte til apoteksituasjonen, da den i seg selv ikke nødvendigvis har relevans for praksisen å hente legemidler på apoteket. For å kunne gjøre Nordic Walking benytter aktørene kompetansen å gå, som er lært gjennom etablerte praksiser gjort tidligere (2005). Kompetansen å vite hvordan ta legemidlene har med andre ord en annen relevans for apotekpraksisen og bytteavgjørelsen. I hjemmet har informantene mine kontroll, men om de endrer apotekpraksisen og velger noe annet, byr dette på utfordringer for kontrollen og ansvaret de besitter når legemidlene tas. Om jeg her skal benytte meg av Kjærnes, Warde og Harveys (2013) tillitsbruk i forbindelse med ansvar, kan det tolkes slik at aktøren ikke lenger kan «stole på seg selv». Informantene bruker betegnelsen «vane», som også kan tolkes som opplevelsen av å være trygg på at man gjør handlingen riktig. Hittil har informantene vært sikre på hvordan tablettene skal tas eller inhalasjonsdosen skal utløses. Dersom legemiddelets form, farge eller funksjon endres har det konsekvenser for aktørens opplevelse av egen dømmekraft. I hjemmet er det aktøren som har ansvaret for legemidlene og bruken av dem. Å ha ansvar kan assosieres med forbrukerpraksisen. Det er problematisk å være foretaksom forbruker dersom kompetansen bortfaller og man mister tillit til seg selv. Kjærnes, Warde og Harvey skildrer dette på en god måte i forbindelse med mat:

«(...) it is important to recognize the role of trust in facilitating routinized practices in situations characterised by lack of control, and, at the same time, to acknowledge the routinization of daily life as itself an important source of trust» (2013: 27).

Dette kan sammenlignes med det å ta medisiner uten å kjenne den farmakologiske effekten, som påpekt tidligere. Det er ingen tvil om at det å ta medisiner til bestemte tidspunkt hver dag kan forstås som rutiniserte praksiser, hvor tillit til at medisinen skal fungere er ureflektert innbakt i denne gjentatte handlingen. Allerede her oppstår det ambivalens i kompetanseelementet i spenningen mellom å vite hvordan å gjøre, og hvordan å evaluere handlingen. Svakheten ved å benytte seg av Shove, Pantzar og Watsons tredeling av elementene i forbindelsene med denne analysen, som redegjort for tidligere, vises også her. De kroppsliggjorte, innøvde og repeterende ferdighetene til å ta medisinen har aktørene greie på, så lenge medisinen kjennetegnet er gjenkjennbare, men å kunne evaluere medisinen effekt derimot, kan de ikke. Det er det legene og farmasøytene som kan.

I spennet mellom legekantoret og apotekbesøket har informantene andre oppfatninger av fordeling av kontroll og ansvar, og hvorvidt man er i stand til å evaluere handlingen å bytte. På den ene siden har legen kunnskap om legemidler, noe pasienten ikke har. Dette har også de apotekansatte. Lars forteller:

«Det kan godt hende at farmasøytene har mer kunnskap om legemidlene enn det legen har.»

Flere av mine informanter stilte seg svært positive til de apotekansatte og den kunnskapen de besatt. Sissel forteller blant annet om den knappe timen hos legen, mens de som jobbet på apoteket i større grad hadde anledning til å veilede og informere om legemidlene, fordi de ikke var preget av samme tidspress. «Legen har jo en doktorgrad, det er flotte greier, men hvor mye får han egentlig brukt den?», undret Astrid. Slike fortellinger gir grobunn for forbrukerpraksisen, hvor informantene gir

uttrykk for at de apotekansattes informasjon om de generiske alternativene, styrker kundens anledning til å kunne velge, og muligheten til å evaluere om handlingen er god eller ikke.

På den andre siden, besatt ikke de apotekansatte kunnskap om pasientens sykdomshistorikk slik som legen. Informantenes fortellinger om at «det er legen som kjenner meg», og «hun har tilgang til journalen min», svekket de apotekansattes anledning til å vite noe om hvorvidt bytte «egentlig var trygt», og følgelig følte ikke mine informanter seg trygge på å ta valget. Da hjelper det heller ikke at informantene ikke hadde anledning til å evaluere medisinenes kvalitet og effekt, slik som de gjorde når de shoppet andre ting.

Apotekets publikumsrom gir muligheten til å «velge fritt», akkurat slik som i dagligvarebutikken mellom alle hyllene. I Bugges rapport *Fra kundeveileder til ekspederingsmaskin* (1993), skiller hun mellom to ulike former for butikker. Den ene er kjennetegnet av at kunden selv skal orientere seg fritt og føres gjennom reolene etter deres arkitektur for en effektiv handel, såkalte *selvbetjeningsbutikker* (Bugge, 1993: 54). Eksempler på dette er dagligvarebutikker. Den andre er detaljorienterte butikker hvor det i større grad vektlegges at man får hjelp fra de ansatte, *kundebetjeningsbutikker* (Bugge, 1993: 58). Dersom Bugge skulle plassert apoteket inn i sitt todelte skjema, tviler jeg ikke på at det hadde havnet i sistnevnte. Informantene mine gir ikke uttrykk for at de apotekansatte har gått fra å være *kundeveiledere* til å bli *ekspederingsmaskiner*, som Bugge kaller det (1993: 154). De er avhengige av å få hjelp der ettersom apotekpraksisen ikke er like hverdagslig og kjent som dagligvarepraksisen. Eller det kan for eksempel være vanskelig å finne frem til kjøppmaskinen som Anders fortalte.

Legen kan stille diagnose og forskrive resept til apoteket. Samtidig har legen kompetanse til å evaluere pasientens sykdomshistorikk og følgelig hvilke legemidler som passer akkurat deg. Forbrukeren besitter kompetanse til å kunne evaluere hvorvidt valget om bytte er bra eller ei. Mange av mine informanter opplevde ikke at de har det, som kjennetegner pasientpraksisen. Det er også viktig å presisere at dette ikke gjaldt alle. Kari forteller om negative opplevelser hun hadde etter å en gang ha gjennomført et bytte.

«Jeg prøvde meg på den andre en gang, men nei, den synes jeg ikke var like god. Så nå sist fikk jeg den vanlige igjen.»

Ulike bidrag på holdninger til generisk bytte viser også slike funn (eks: Bulsara et al., 2010; Quintal & Mendes, 2012; Sewell et al., 2012; Toverud et al., 2011). I motsetning til et gjennomgående poeng jeg har adressert så langt, hvor aktøren ikke har anledning til å vurdere medisinenes farmakologiske effekt, illustrerer fortellinger som dette det motsatte. Byttenekt kan her ikke forstås som et uttrykk for dominans av en pasientpraksis, hvor kompetanseelementet kjennetegnes av å være innforstått med at det er andre som skal ta de medisinske valgene eller at det er enklere å overlate et slikt valg til legen. Det minner heller om forbrukerpraksisen og selvstendighet. Teoretisk passer ikke dette nødvendigvis så godt sammen. «Forbrukeren» kjennetegnes av den tradisjonelle ideen om at aktøren er rasjonell og nytteorientert. Den delen av kompetanseelementet som innebærer å kunne evaluere en handling, kjenne den igjen

og vite hvorvidt den er god eller ei, beskrives sjeldent som uttrykk for refleksivitet. Dette er et sentralt poeng hos Reckwitz (2002). Shove, Pantzar og Watson (2012) gjør ikke noe stort nummer ut av dette, som tidligere påpekt, men lener seg mot en sammenligning med det Giddens kaller praktisk bevissthet. Ellers henviser de kun til andre praksisteoretikere (2012: 121). Med inspirasjon fra Gram-Hanssens (2011) sammenligning av de ulike elementene på tvers av forskjellige bidrag, tolker jeg det slik at Schatzki (2002) mener det motsatte av Shove, Pantzar og Watson på dette punktet. Han skriver: «(...) by «practical understanding», I do not mean Bourdieu's habitus, otherwise called practical sense («having the feeling for the game»), and Giddens's practical consciousness («tacitly grasping a rule»)» (Schatzki 2002: 78). Det Warde omtaler som intelligibility, opparbeides gjennom praktisk erfaring hvor deltakerne får muligheten til å gjøre troverdige avgjørelser, i det minste bevise for dem selv at de er kompatible til å gjøre det (2016: 152).

Det var riktignok overraskende få, etter forstudien på Facebook og tidligere forskning å dømme, av mine informanter som fortalte fortellinger som Kari. Jeg kan selvfølgelig ikke trekke noen generaliserende konklusjoner av alle som ikke vil bytte, basert på intervjuer av mine tolv informanter. Det var likevel interessant å se hvordan de forholdt seg til dette. Svein for eksempel, fortalte at han også hadde hatt en negativ opplevelse etter å ha byttet en gang, men han betvilte sin egen dømmekraft.

«Ja, jeg prøvde den en gang, men det rare er, jeg kan jo ikke si at den ikke gjorde det den skulle, for det kan jo være andre årsaker som gjorde at jeg ikke syntes den fungerte like bra. Det sitter i hodet, vet du.» (Svein)

Til tross for at Svein først forteller at han har kjent på kroppen at det generiske alternativet ikke virket like godt som den originale, avslår han samtidig at han har muligheten til å evaluere hvorvidt medisinen faktisk har gjort samme nytte eller ei. Slike måter å forholde seg til virkningen av de generiske legemidlene på kan forstås som et uttrykk for de ulike spenningene han trekker på. Det er vanskelig å vite om Svein her egentlig referer til den rutiniserte delen av det å ta legemiddelet. Hvor det at den «ikke fungerte like bra» handlet om omstilling eller knot i forbindelse med endring av farge og form. Eller om han undergraver sin egen dømmekraft fordi det jeg tolker som pasientpraksisen og følgelig hierarkiet av legemiddelkompetanse plasserer han i en posisjon hvor han ikke skal evaluere hvorvidt legemiddelet gjorde jobben eller ikke.

6.4 Helserådgiver eller selger? Medisiner eller håndkremer?

«Det er viktig for meg å få hjelp på apoteket, fordi det er litt utenfor mitt område. Samtidig så er jeg litt skeptisk til hjelpen jeg får der også, for det er jo salg med i bildet, og da klarer jeg ikke ta det helt troverdig.» (Kristine)

Apotekets sammensetning og informantenes opplevelse av den, skapte en form for mistro til de som jobbet der, slik Kristine forteller i sitatet ovenfor. I motsetning til mange av de andre informantene, som opplevde de ansattes erfaringer og kunnskap som god,

betvilte hun både kompetansen deres og deres intensjoner. Apotekets tosidighet skapte uforståelighet og usikkerhet. Anders spurte:

«Trenger man virkelig farmasiutdanning for å selge en håndkrem?»

Apoteket, eller bankparfymieriet som det også kan kalles, minner på mange måter om en annen form for butikk. Men som diskutert tidligere, finner aktørene det vanskelig å overføre kompetansen som kreves for å gjøre annen handel, til apotekpraksisen. Lars sammenligner apoteket med en bensinstasjon:

«Apoteket har kjørt en «bensinstasjonvri» de siste årene. Før handlet det om bil, nå handler det mest om pølser og godteri. Det samme skjer i apoteket. Det har blitt mye mer fokus på mersalg enn hva som passer til det klassiske apotekprinsippet, som er det rent faglige. Jeg liker å kalle det for «Det farmasøytiske kartell.»

På den ene siden virker det som at informantene mine prøver å ta med seg kompetanseelementet fra dagligvaren. Ulike merkevarer konkurrer om kundene, og man må følgelig bruke kompetansen som kreves for å orientere seg i butikken. «Man må være våken og tenke, for de driver jo med salg», som Astrid uttrykker det. Fra typologien laget i denne rapporten, trekkes det på en form for forbrukerpraksisen. Det stilles en forventning om at aktøren skal ta et valg. På den andre siden går dette utover informantenes evaluering av fordeling av kunnskap.

I apoteket kreves det hjelp og rådgivning, særlig når informantene skal hente ut reseptpliktig medisin og velge mellom de to variantene, ettersom de ikke kan evaluere de farmakologiske effektene. Legen er allerede en autoritær figur som kan «ta over» slik Lupton (1997:380) også beskriver. De apotekansatte kan også innta denne autoritære rollen ettersom de har legemiddelkunnskap og tid til å formidle denne kunnskapen. At de i tillegg fremstår som *selgere* kommer i konflikt med denne kompetansen slik jeg tolker mine informanters fortellinger, spesielt det Lars omtaler som «apotekprinsippet». Det utvises med andre ord kritikk til rådgivningen som gis og forslaget om å bytte.

Praksiser er knyttet til hverandre gjennom assosiasjoner, og noen har med fysiske lokasjoner å gjøre. Arkitektur kan fortelle oss noe om hvordan det daglige livet er organisert og hvordan dette endres, ettersom romlige utforminger også er i utvikling. Shove, Pantzar og Watson eksemplifiserer dette ved å vise til hvordan forholdet mellom kjøkken og spisestue gikk fra å være adskilt til å henge sammen, og hvordan denne endringen også medførte endringer i praksisene matlaging og spising (Shove et al., 2012: 84). Det har bestandig vært salg av kommersielle produkter i apoteket, som nevnt innledningsvis i oppgaven. Likevel har flere av informantene mine en opplevelse av at det har vært en endring, hvor bransjeglieningen har økt. Monika minnes for eksempel «lukten av apoteket», som ikke eksisterer lenger. På den ene siden byr dette på en ytterligere økning av forbrukerpraksisen i apoteket, på den andre siden går dette utover aktørenes tillit til apoteket og de ansattes rådgivning. «The re-branding of (the pharmacy) suggests the profession's own awareness of a tension between commerce and professionalism» (Hibbert, Bissell & Ward, 2002: 49).

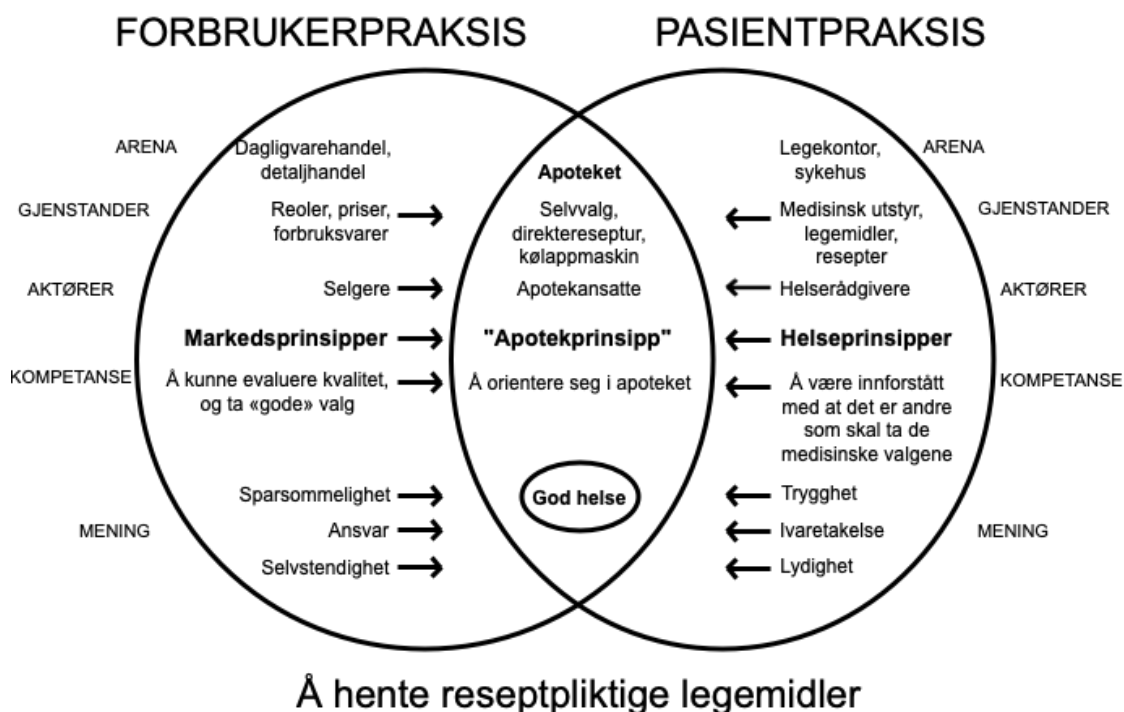
Håndkremene, julekrydderet og alle sjokkselgere med tilbudsvare, gjenstander i apoteket som informantene mine trekker frem som eksempler, har etablerte assosiasjoner hengende ved seg. Ideen om måtehold og sparsommelighet aktørene trekker med seg fra dagligvare og annen handel når ikke direkteresepturen, hvor spørsmålet om bytte blir stilt. Disse stoppes av motstridene ideer om at apoteket tradisjonelt skal drive med rådgivning slik Anders uttrykker det, og ikke selge kommersielle produkter. Samme poeng er Bissell, Traulsen og Haugbølle (2002b) innom. Synet på apoteket som en ufullstendig profesjon sammenlignet med leger og advokater for eksempel, forblir delvis rådende ettersom apoteket i stor utstrekning består av kommersielle elementer (Bissell et al. 2002b: 136). Det første Susanne tenkte på da hun hørte ordet apotek var nettopp *trygghet*. Men denne tryggheten, eller ivaretagelsen, koster penger. Dette gjør at poenget også kan snus på. «Apotekprinsippet» som Lars kaller det, ideen om hva et apotek skal være, og hvordan det var tidligere, har også innvirkning på de forventningene og holdningene informantene har til de andre produktene. Det var en oppfatning av at de kommersielle varene på apoteket hadde en viss standard som gikk over tilsvarende varer fra detaljforretninger, til tross for at de samtidig ble oppfattet som nettopp kommersielle.

Alle disse gjenstandene gjør det vanskelig for informantene å trekke på de «riktige» kompetanse- og meningselementene. Det er mulig å lage en inndeling som henter inspirasjon i Gill, Helkkula, Cobelli og White (2010) studie av kunder og farmasøytens opplevelse av generisk bytte.²⁰ Måten mine informanter forstår de apotekansatte og deres hensikter preges av apotekets todeling. De apotekansatte er både helse- rådgivere og selgere på en og samme tid, mens publikum følgelig er pasienter og forbrukere. Forbruker og selger går hånd i hånd, mens pasient og helse- rådgiver gjør det samme. Ved å trekke på allerede etablerte praksiser og elementer fra hjemmet, legekantoret og dagligvare, gjør både forbrukerpraksisen og pasientpraksisen seg gjeldende samtidig, når aktørene skal velge om de ønsker å bytte på apoteket. Hvordan vi organiserer «det sosiale livet» på apoteket, og i direkteresepturen, er en konsekvens av etablerte forståelser av hvilke handlinger som er passende og ikke (Warde, 2005). Å avstå fra å bytte kan tolkes som seier for pasientpraksisen og følgelig helseprinsippene, i kampen mot forbrukerpraksisen og markedsprinsippene, men som argumentert for tidligere, er det ikke vanntette skott mellom de to, og fremstillingen av disse idealtypene kan problematiseres.

Nedenfor i figur 6.1, illustreres idealene og deres kontraster til hverandre. Til tross for at figuren insinuerer vanntette skott, jobber ikke nødvendigvis elementene alltid mot hverandre. Sparsommelighet og trygghet for eksempel, kan begge være aktuelle elementer ved forbrukerpraksisen, men de avhenger også av de andre elementkjennetegnene. I dagligvarehandelen opplever informantene mine at de med

²⁰ Gill et al. (2010) utviklet tre dikotomier som representerte skillene mellom farmasøytene og forbrukerne, hvor farmasøytene befant seg i den ene enden og forbrukerne i den andre. Forbrukerne på den ene siden hadde mangel på bevissthet og kunnskap, var forvirret og mistenksomme. Farmasøytene på den andre siden, brukte tiden sin på å belære og «utdanne» forbrukerne, utviste frustrasjon over forbrukernes forvirring, og opplevde skepsis til sin profesjon (Gill et al., 2010: 386).

sikkerhet kan sammenligne dyre og rimelige varianter på egenhånd. Å spare penger og samtidig få et godt produkt er derfor mulig. Mens på apotekarenaen byr både forbrukerpraksisen og pasientpraksisen opp til dans, med tilhørende motstridende kjennetegn.



Figur 6.1 Forbruker- og pasientpraksisens kjennetegn og forbindelse med apoteket.

Forbrukerpraksisen består av gjenstander som for eksempel hyller, reoler og priser. Arenaene hvor disse gjenstandene gjerne befinner seg, og som også fungerer som ressurser i seg selv er dagligvarehandel og detaljhandel. *Selgere* er de aktørene som befinner seg innenfor disse arenaene. *Markedsprinsippet* består av kompetanse- og meningselementene *å kunne evaluere kvalitet, og ta «gode» valg, sparsommelighet, ansvar og selvstendighet*, som alle står i et forhold til arenaen, aktørene, gjenstandene og ressursene som denne praksisen består av.

Pasientpraksisen på den andre siden, assosieres med legemidler og resepter. Legekantoret og sykehuset er arenaer med tilhørende gjenstander som også tilhører pasientpraksisen. *Helserådgivere* er aktørene som befinner seg på disse arenaene, og som er en motpart til pasienten. *Helseprinsippene* består følgelig av kompetanse- og meningselementene *å være innforstått med at det er andre som skal ta de medisinske valgene, trygghet, ivaretagelse og lydighet*.

Prinsippene innenfor de ulike praksisene forteller noe om hva aktøren kan og vil gjøre (kompetanse og mening) i ulike situasjoner, og som figuren illustrerer, kan apoteket, ressursene og personellet man møter der tolkes å ha en iboende sammenheng både med elementene som kjennetegner forbrukerpraksisen/markedsprinsippene og pasientpraksisen/helseprinsippene. I apoteket finner vi både sjokkselgere, priskonkurransse, håndkremer, medisiner, resepter, selgere og helserådgivere.

7. Konklusjon

Målet med denne oppgaven har vært å danne forståelse for byttenekt – hva det er som gjør at noen foretrekker originalpreparat til tross for at de generiske alternativene skal være like gode og rimeligere? Med et analytisk perspektiv som vektlegger forbruk, har jeg studert grunnene til byttenekt gjennom en praksisteoretisk struktur. I dette avsluttende kapittelet vil jeg oppsummere «svarene» på forskningsspørsmålene og drøfte hvilken betydning disse funnene har for byttenekt.

7.1 Å studere grunnene til byttenekt

Et kritikkverdig punkt ved tidligere forskning på negative holdninger til generisk bytte er bidragenes overordnede fokus på korrelasjoner fremfor forklaringer. I denne oppgaven ble det argumentert for at man ikke kan studere byttenekt som en isolert kjøpshandling, da den er knyttet opp til en kompleks sammensetning av ulike handlinger. Byttenekt er med andre ord en del av den større enheten jeg omtaler som *legemiddelforbruk*. For å studere legemiddelforbruk i et praksisteoretisk perspektiv, må kompleksiteten i legemiddelforbruket studeres. Byttenekt som sådan krever at vi må studere de hverdagslige praksisene legemiddelforbruket er sammensatt av. Vi må ikke bare undersøke apoteket, men studere legebesøket og legemiddeltakningen som gjerne skjer i hjemmet. På bakgrunn av tidligere forskning på generika, det teoretiske rammeverket og de empiriske funnene, identifiserte og konstruerte jeg praksisene 1) å ta legemidlene i hjemmet, 2) å besøke legen og 3) å shoppe, som alle tre har betydning for 4) å hente reseptpliktig medisin på apoteket.

Så hvordan er legemiddelforbruket og byttenekt knyttet til disse hverdagslige praksisene? For det første trekker informantene på assosiasjoner til egen helse, som de ønsker skal være *god*. Dette er et overordnet element som hele avgjørelsen om bytte faller på. Hva gjør byttemedisinen med helsa vår? Medisinen skal til syvende og sist tas, og den har noe å si for kroppen og opplevelsen av kroppen. Samtidig krever det å ta medisinen en form for kompetanse som utfordres dersom medisinen kjennetegnet endres. Informantene fryktet dette ville gå ut over den etablerte tryggheten de har fått ved å gjenkjenne legemidlenes form, farge og funksjon.

For det andre, resepten, som er nøkkelen til de reseptpliktige legemidlene, og som følgelig tilgjengeliggjøres av legen, er et viktig objekt for å forstå byttenekt. Tidligere, før apotekloven av 2001, fikk man det legen hadde forskrevet og aldri spørsmål om noe annet. Selv de yngre informantene som ikke hadde fått spørsmål om bytte før dette, opplevde det overraskende da de ble spurt om bytte på apoteket. Informantene gav uttrykk for at de ønsket den medisinen legen hadde forskrevet. Deres tillit til henne gjorde enten valget enkelt: «Nei, jeg vil ha den legen har forskrevet», eller vanskelig: «Jeg vet ikke om jeg er i stand til å ta det valget, er det ikke bare legen som har den muligheten?».

For det tredje hersket det ideer om at «billig kopimedisin», som det blant annet ble omtalt som, ikke er like bra som den originale, til tross for at mange også var innforstått med at «det skal jo være det samme». Informantene sammenlignet med andre ord

legemidlene med andre produkter de kjøpte i for eksempel dagligvarehandelen. Samtidig verdsatte mange sparing, og under prisøvelsen var det flere som «gav etter» dersom prisforskjellen mellom original- og synonympreparat ble høyere. Kompetanse som kreves for å orientere seg i en butikk og følgelig kompetansen til å vurdere et produkts kvalitet, så ut til å være vanskelig å overføre fra kjente situasjoner i dagligvarehandelen til apoteket.

Praksisbunten, slik funnene er blitt presentert her, viser at det er spenninger mellom de ulike praksisene som aktørene trekker på når de skal hente reseptpliktig medisin på apoteket. Før spørsmål om generisk bytte fant sted, og originalprodusentens patent fortsatt var intakt (eller bare før 2001 da lovendringen kom), var ikke *forbrukerpraksisen* og *markedsprinsippene* gjeldene når reseptpliktige legemidler skulle hentes på apoteket. Da var det kun *pasientpraksisen* og *helseprinsippene* som gjaldt, ettersom det ikke fantes valgmuligheter. Navnet på den medisinen legen hadde forskrevet, var den varianten man fikk. Da de generiske alternativene kom, kom også markedsprinsippene – informantene trakk på allerede etablerte praksiser som jeg har omtalt som «shopping» og følgelig *forbrukerpraksisen*.

Informantene opplever med andre ord en diskrepans mellom de to ulike praksisene når de skal håndtere ansvaret for valget mellom original- og synonympreparat på apoteket. Både pasientpraksisen og forbrukerpraksisen kjemper om å dominere. Mens markedsprinsippene «forteller» informantene at de skal velge det rimeligste alternativet ettersom det innfrir ønsket om sparsommelighet, strider dette med helseprinsippenes innhold bestående av ideer om trygghet. Tvilen informantene gir uttrykk for, når de forteller at de verdsetter dem begge, må håndteres. Flere er av den oppfatning at dersom de velger sparsommelighet, vil det koste dem tryggheten om god helse. Lars måtte ta av seg brillene og gni seg i tinningene:

«Altså jeg vet det høres helt tilbakestående ut å skulle betale for noe som er akkurat det samme, men jeg vil ha den tryggheten».

Opplevelsen av å være i stand til å evaluere hvorvidt noe er trygt eller ikke, og å besitte ansvaret for å ta det valget, kjennetegner *forbrukerpraksisen*. Det motsatte gjør pasientpraksisen, som lener seg på legens ivaretagelse av ens helse. De apotekansatte er viktige i apoteksituasjonen, og de fleste informantene gav uttrykk for at de verdsatte deres kompetanse. De assosierte gjerne apoteket med ord som *trygghet* og *tillit*, til tross for at det samtidig rådet et kommersielt aspekt som tvang aktørene til forbrukerpraksisen. Markedsprinsippene gjør seg plutselig gjeldende på en arena hvor helseprinsippene tidligere rådet alene. Elementene som kjennetegner de to stiller motstridende krav til ens handlinger i samme terreng. Ved byttenekt er det som regel pasientpraksisen som fortsetter å regjere, og de kjennetegnene den består av. For at forbrukerpraksisen og etablerte prinsipper som blant annet kjennetegner annen shopping skal gjøre seg gjeldende i direkteresepturen i apoteket, hvor valget om bytte skal tas, må elementene som kjennetegner disse stå sterkere. Man kunne kanskje anta at de glidende overgangene mellom handelsvarer og reseptpliktige medisiner, som apotekets utforming og arkitektur står for, ville gitt forbrukerpraksisen sterkere ben å stå på. Det er tilsynelatende ikke utelukkende slik, da markedsprinsippene også ser ut til å forsterke helseprinsippene. Å plutselig måtte velge mellom sparsommelighet og trygghet i en situasjon hvor tryggheten tidligere ble ivaretatt av andre, gjorde noen av

mine informanter skeptiske til apotekets intensjoner. Samspillet mellom praksisene og prinsippene som praksisenes elementer kan sorteres inn i, skaper med andre ord spenninger og skepsis i valgsituasjonen. Da er det lett å ønske seg den medisinen man alltid har hatt, den legen har forskrevet eller den som er original, da det å velge kopien, den rimeligere, den nye, ikke den legen har sagt, truer god helse.

7.2 Funnenes relevans for videre forbruksforskning

Hvilke kunnskapshull har dette forskningsprosjektet bidratt med å fylle? For det første er det begrenset forskning på feltet som utelukkende studerer reservasjon mot generisk bytte i Norge. Til sammenligning med studier gjort av internasjonale forskere, samsvarer flere av mine funn med deres. Det styrker relevansen i denne studien. At informantene forteller at de vil ha den medisinen de er vant til å ha, den legen har forskrevet eller den originale, går igjen i flere av de tidligere forskningsartiklene. Problemet er mangel på teoretiske begreper som kan bidra til å forstå hvordan ulike enheter ved et fenomen skal sees i forhold til hverandre, slik Warde hevder (2016: 16).

Ved å studere generikafeltet fra et perspektiv som vektlegger forbruk og hverdagslige praksiser, har jeg utviklet et begrepsapparat som kan overføres og videreutvikles til forskning på samme eller andre felt. For det første tilbyr praksisteori et analytisk verktøy som gir rom for å studere hva vi gjør og mener, og hvordan disse kompetansene og meningene må studeres i relasjon til gjenstander. Dette er ikke gjort i forskning på generisk bytte tidligere, til tross for at andre samfunnsvitenskapelige tilnærminger er blitt benyttet (eks: Del Fresno García & Peláez, 2014; Gill et al., 2010). Mønstre og konsepter som har vært utviklet i forbindelse med dette prosjektet på bakgrunn av praksisteoretiske begreper, åpner for å studere reservasjon mot generisk bytte som en del av noe større enn kun den enslige kjøpshandlingen på apoteket. For å forklare eller forstå byttenekt må vi først innse at byttenekt ikke er en avgjørelse som kun skjer i det konkrete øyeblikket spørsmålet blir stilt. Det er en prosess som avhenger av flere hverdagslige praksiser og sammenhengen mellom dem som legemiddelforbruket består av. Til tross for at jeg ikke kan generalisere mine funn på bakgrunn av de kvalitative intervjuene med mine 12 informanter, har den empiriske analysen en overførbarhetsverdi. Forbruker- og pasientpraksisen, knyttet til henholdsvis markeds- og helseprinsippene, er delvis etablerte konsepter og har tidligere blitt benyttet i helsesosiologiske sammenhenger, for eksempel i forbindelse med diskursanalyser (eks: George, 2017; Lupton, 1997; Nettleton, 2013). Beskrivelsene av dem i denne studien og sammenstillingen med de praksisteoretiske elementkjennetegnene som vist i figur 5.4 setter dem likevel inn i en ny kontekst og tilfører nye betydninger.

Tidligere forskning på holdninger til generisk bytte har vært opptatt av å foreslå hva som burde gjøres for å få ned antall reservasjoner mot generisk bytte. Jøsendal (2018) viste blant annet i sin undersøkelse at legereservasjon øker og kundereservasjon avtar med økende prisforskjell mellom original og synonympreparater, noe som betyr at det er velferdsstaten som må betale prisforskjellen og ikke forbrukeren. Det er viktig at denne studien på den ene siden ikke skal ha et normativt standpunkt, til tross for at det er av helsepolitisk og samfunnsøkonomisk interesse å få antallet reservasjoner mot

generisk bytte ned. På den andre siden er heller ikke ambisjonen å rettferdiggjøre byttenekt. Målet har vært å danne et godt bilde av hva det er som gjør at noen velger å ikke bytte. Uavhengig om hensikten er å utarbeide forslag til hvilke tiltak som kan gjøres for å skape endring, eller å legitimere reservasjon mot synonympreparater, er det behov for ytterligere forskning.

Fra det forbrukspolitiske perspektivet vil jeg i likhet med Jacobsen og Dulsrud (2007) stille spørsmålstegn ved hvor mye ansvar forbrukerne kan tilskrives i en slik situasjon. Det legges opp til at forbrukerne skal ta deler av ansvaret for å skape «felles nytte» og spare samfunnet for flere millioner kroner som kan benyttes på andre helsetjenester for pasientene. Uten at noen av mine informanter gav uttrykk for et slikt personlig ansvar i forbindelse med generisk bytte, kan man stille spørsmål ved hvorvidt det er riktig å «skylde» på forbrukerne for en slik byrde? Gjennom intervjuene gjennomført i denne studien, viser det seg at det komplekse hverdagslivet og legemiddelforbruket krever vurderinger, og at et slikt hverdagsliv skjer i en strøm av ureflekterte, innlærte og kroppsliggjorte handlinger. «Byttenekt» foregår ikke utelukkende foran disken i direkte resepturen på apoteket, det består av en sirkulær strøm av handlinger som gjennomsyrrer våre daglige gjøremål.

Et annet mål med dette prosjektet har delvis vært å forene begreper assosiert med helse- og forbrukspolitikk. Etersom generisk bytte og bruk av legemidler kan studeres fra et perspektiv som vektlegger forbruk, kan videre studier av legemiddelforbruket være et sted å starte. Ved å benytte andre metodiske tilnærmingene enn de som ble benyttet i dette prosjektet, kan hvordan vi gjør legemiddelforbruk studeres på en mer nyansert måte. Man kan for eksempel utelukkende konsentrere seg om «å hente reseptpliktig medisin», «besøke legen», eller «ta legemiddelet i hjemmet», og studert disse som «bunter» bestående av flere praksiser og ikke enkeltpraksiser, slik jeg har gjort her. Ved å for eksempel rekruttere et strategisk utvalg hvor halvparten er positive til generisk bytte og den andre halvparten ikke, kunne man utarbeidet en sammenligning, og for eksempel benyttet teoretiske konsepter og typologier som i denne studien. Grunnene til at noen *vil* bytte på den ene siden, kan kaste lys over grunnene til at andre *ikke* vil bytte, på den andre.

Foruten forslaget om et slikt dypdykk i legemiddelforbruket, kan ideen om et spenningsforhold mellom forbruker- og pasientpraksisen kaste lys over eller inspirere til forskning på andre arenaer. En slik todeling som delvis bygger på apotekets arkitektur og utviklingen av dets funksjon, har også overføringsverdi til andre arenaer hvor ulike praksiser kjemper om innflytelse. Bensinstasjoner, bokhandler og jernvarehandler er eksempler på arenaer hvor det selges mer enn det forretningene umiddelbart gir uttrykk for (drivstoff, bøker og verktøy). Hvilke forventninger det stilles overfor forbrukerne og hvilke etablerte praksiser, med følgende kompetanse- og meningselementer, de skal benytte seg av når de entrer dørene til disse forretningene er ikke gitt, i likhet med i apoteket.

Litteratur

- Aaker, D. A. (1991). *Managing Brand Equity: Capitalizing on the Value of a Brand Name*. New York: Free press.
- Aakvaag, G. (2008). *Moderne sosiologisk teori*. Oslo: Abstrakt forlag.
- Al Ameri, M. N., Mohamed, W., Makramalla, E., Shalhoub, B., Tucker, A. & Johnston, M. (2013). Renal patients' views on generic prescribing and substitution: Example from the United Arab Emirates. *Eastern Mediterranean Health Journal*, 19(4), 373-381.
- Andreasen, N. (1995). Clients, consumers, providers, and products: Where will it all end? *The American Journal of Psychiatry*, 152(8), 1107-9.
- Apotekforeningen. (2017, februar). Om statistikken. Hentet 9. mai 2018 fra <https://www.apotek.no/Default.aspx?ID=8501>
- Apotekloven. (2000). Lov om apotek (LOV-2000-06-02-39). Hentet fra <https://lovdata.no/lov/2000-06-02-39>
- Bahus, M. K. (2014, 30. desember). Apotekloven. *Store norske leksikon*. Hentet 4. februar 2019 fra <https://snl.no/apotekloven>.
- Bicchieri, C. & Muldoon, R. (2018, 24. september) Social Norms. *Stanford Encyclopedia of Philosophy Archive*. Hentet fra <https://plato.stanford.edu/entries/social-norms/>
- Bissell, P., Traulsen, J. & Haugbølle, L. (2002a). An introduction to functionalist sociology: Talcott Parsons' concept of the "sick role". *International Journal of Pharmacy Practice*, 10(1), 60-68.
- Bissell, P., Traulsen, J. & Haugbølle, L. (2002b). How relevant is Marxist sociology for pharmacy practice research? *International Journal of Pharmacy Practice*, 10(2), 127-140.
- Blåreseptforskriften. (2007). Forskrift om stønad til dekning av utgifter til viktige legemidler mv. (FOR-2007-06-28-814). Hentet fra <https://lovdata.no/forskrift/2007-06-28-814>
- Boudon, R. (2003). Beyond rational choice theory. *Annual Review of Sociology*, 29(1), 1-21.
- Bourdieu, P. (1977). *The Outline of a Theory of Practice*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Bourdieu, P. (1990). *The Logic of Practice*. Stanford: Stanford University Press.

- Bourdieu, P. (1995). *Distinksjonen - en sosiologisk kritikk av dømmekraften*. Oslo: Pax Forlag.
- Brase, G., & Richmond, J. (2004). The white-coat effect: Physician attire and perceived authority, friendliness, and attractiveness. *Journal of Applied Social Psychology, 34*(12), 2469-2481.
- Braut, G. S. (2019, 3. januar). Statens legemiddelverk. *Store norske leksikon*. Hentet 12. april 2019 fra [https://sml.snl.no/Statens legemiddelverk](https://sml.snl.no/Statens_legemiddelverk)
- Bredal, D. (1996). *Kampen om ditt daglige brød. Bak kulissene i dagligvarebransjen*. Oslo: Chr. Schibsteds Forlag AS.
- Bruusgaard, D. (2018a, 24. september). Pasient. *Store norske leksikon*. Hentet 4. februar fra <https://sml.snl.no/pasient>
- Bruusgaard, D. (2018b, 25. september). Blå resept. *Store norske leksikon*. Hentet 6. februar 2019 fra [https://snl.no/bl%C3%A5 resept](https://snl.no/bl%C3%A5_resept).
- Bugge, A. (1993). *Fra kundeveileder til ekspederingsmaskin. En analyse av relasjonen mellom butikkansatt og kunde*. (Arbeidsrapport 14/1993). Lysaker: Statens institutt for forbruksforskning.
- Butler, J. (1990). *Gender Trouble*. London: Routledge
- Bulsara, C., McKenzie, A., Sanfilippo, F., Holman, D. J. & Emery, J. E. (2010). "Not the full Monty": A qualitative study of seniors' perceptions of generic medicines in Western Australia. *Australian Journal of Primary Health, 16*(3), 240-245.
- Cochoy, F. (2009). Driving a Shopping Cart from STS to Business, and the Other Way Round: On the Introduction of Shopping Carts in American Grocery Stores (1936-1959). *Organization, 16*(1), 31-55.
- Conrad, P. (2005). The Shifting Engines of Medicalization. *Journal of Health and Social Behavior, 46*(1), 3-14.
- Costa-Font, J., Rudisill, C. & Tan, S. (2014). Brand loyalty, patients and limited generic medicines uptake. *Health Policy, 116*(2-3), 224-233.
- Crossley, N. (2013). Habit and Habitus. *Body & Society, 19*(2-3), 136-61.
- Dalen, D. (2002). *Kan konkurranse bidra til lavere legemiddelpriser?: En evaluering av myndighetenes prisregulering* (Forskningsrapport 14/2002). Sandvika: Handelshøyskolen BI, Institutt for samfunnsforskning.
- Dalen, D., Furu, M., Locatelli, K. & Strøm, M. (2011). Generic substitution: Micro evidence from register data in Norway. *The European Journal of Health Economics, 12*(1), 49-59.

- Darby, M. & Karni, E. (1973). Free Competition and the Optimal Amount of Fraud. *The Journal of Law and Economics*, 16(1), 67-88.
- Del Fresno García, M. L. & Peláez, A. (2014). Social work and netnography: The case of Spain and generic drugs. *Qualitative Social Work*, 13(1), 85-107.
- DiMaggio, P. (1997). Culture and Cognition. *Annual Review of Sociology*, 23(1), 263-287.
- Drozdowska, A. & Hermanowski, T. (2015). Exploring the opinions and experiences of patients with generic substitution: A representative study of Polish society. *International Journal of Clinical Pharmacy*, 37(1), 68-75.
- Drozdowska, A. & Hermanowski, T. (2016). Predictors of generic substitution: The role of psychological, sociodemographic, and contextual factors. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 12(1), 119-129.
- Dulsrud, A. (2007). Varehandelens tvetydige ansikt: om makt og disiplinering i forbrukerrollen. I G. Schjelderup & M. W. Knudsen (Red.), *Forbrukersosiologi. Makt, tegn og mening i forbrukersamfunnet*, (s.77-97). Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Dulsrud, A. & Jacobsen, E. (2009). In-store Marketing as a Mode of Discipline. *Journal of Consumer Policy*, 32(3), 203-218.
- Dunne, S. (2016). What Do Users of Generic Medicines Think of Them? A Systematic Review of Consumers' and Patients' Perceptions of, and Experiences with, Generic Medicines. *The Patient*, 9(6), 499-510.
- Fiksdal, I., Haakedal, W. & Habberstad, G. (2009). *Apotekteknikk Vg3: Helsefremmende arbeid*. Høvik: Vett & viten.
- Fine, B. (1995). From Political Economy to Consumption. I E. D Miller (Red.), *Acknowledging Consumption: A review of New Studies*, (s. 127-164). London: Routledge.
- Foucault, M. (1977). *Discipline and Punish. The Birth of the Prison*. London: Penguin Books.
- Foucault, M. (1986). *The History of Sexuality. Volume II: The Care of Self*. London: Pantheon.
- Foucault, M. (1987). *The History of Sexuality. Volume III: The Use of Pleasure*. London: Penguin.
- Fournier, S. (1998). Consumers and Their Brands: Developing Relationship Theory in Consumer Research. *Journal of Consumer Research*, 24(4), 343-373.
- Garfinkel, H. (1984). *Studies in Ethnomethodology*. Cambridge: Polity Press.

- Generisk. (2018, 18. desember). I *Store norske leksikon*. Hentet 26. august 2019 fra <https://snl.no/generisk>
- Giddens, A. (1984). *The Constitution of Society*. Cambridge, England: Polity Press.
- Gill, L., Helkkula, A., Cobelli, N. & White, L. (2010). How do customers and pharmacists experience generic substitution? *International Journal of Pharmaceutical and Healthcare Marketing*, 4(4), 375-395.
- Gram-Hanssen, K. (2011). Understanding change and continuity in residential energy consumption. *Journal of Consumer Culture*, 11(1), 61-7.
- Grimen, H. (2009). *Hva er tillit*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Halkier, B. (2009). Suitable Cooking? Performances and Positionings in Cooking Practices among Danish Women. *Food*, 12(3), 357-377.
- Hardin, R. (2002). *Trust and Trustworthiness*. New York: Russell Sage Foundation.
- Hassali, M., Kong, D. & Stewart, K. (2005). Generic medicines: Perceptions of consumers in Melbourne, Australia. *International Journal of Pharmacy Practice*, 13(4), 257-264.
- Heikkilä, R., Mäntyselkä, P. & Ahonen, R. (2011a). Do people regard cheaper medicines effective? Population survey on public opinion of generic substitution in Finland. *Pharmacoepidemiology and Drug Safety*, 20(2), 185-191.
- Heikkilä, R., Mäntyselkä, P. & Ahonen, R. (2011b). Price, familiarity, and availability determine the choice of drug - a population-based survey five years after generic substitution was introduced in Finland. *BMC Clinical Pharmacology*, 11(1), 20.
- Heikkilä, R., Mäntyselkä, P., Hartikainen-Herranen, K. & Ahonen, R. (2007). Customers' and physicians' opinions of and experiences with generic substitution during the first year in Finland. *Health Policy*, 82(3), 366-374.
- Hem, E. (2013). Pasient, klient, bruker eller kunde? *Tidsskrift for Den Norske Legerforening*, 133(8), 821.
- Hibbert, D., Bissell, P. & Warde, P. R. (2002). Consumerism and the Work of the Community Pharmacy. *Sociology of Health & Illness* 24(1), 46-65.
- Hill, S. & Draper, M. (2011). A new conceptual framework for advancing evidence-informed communication and participation. I S. Hill (Red.), *The Knowledgeable Patient: Communication and Participation in Health*, (s. 12-26). Oxford, UK: Wiley- Blackwell.
- Himmel, W., Simmenroth-Nayda, A., Niebling, W., Ledig, T., Jansen, R.-D., Kochen, M. M., Gleiter, C. H. & Hummers-Pradier, E. (2005). What do primary care patients

think about generic drugs? *International Journal of Clinical Pharmacology and Therapeutics*, 43(10), 472-479.

- Håkonsen, H., Eilertsen, M., Borge, H. & Toverud, E. (2009). Generic substitution: Additional challenge for adherence in hypertensive patients? *Current Medical Research and Opinion*, 25(10), 2515-2521.
- Håkonsen, H. & Toverud, E. (2011). Special challenges for drug adherence following generic substitution in Pakistani immigrants living in Norway. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 67(2), 193-201.
- Iosifescu, A., Halm, E., McGinn, T., Siu, A. & Federman, A. (2008). Beliefs about generic drugs among elderly adults in hospital-based primary care practices. *Patient Education and Counseling*, 73(2), 377-383.
- Jacobsen, E. & Dulsrud, A. (2007). Will the Consumers Save the World? The Framing of Political Consumerism. *Journal of Agricultural and Environmental Ethics*, 20(5), 469-482.
- Jensen, J. (2012, 11.juni). Privatlivet – og de åtte forbrukerrettighetene. *Forbrukerrådet*. Hentet fra <https://www.forbrukerradet.no/vi-mener/privatlivet-og-de-atte-forbrukerrettighetene/>
- Johannessen, F. & Skeie, J. (1995). *Bitre piller og sterke dråper: Norske apotek gjennom 400 år, 1595-1995*. Oslo: Norsk farmasihistorisk museum.
- Johannessen, A., Tufte, P. & Christoffersen, L. (2010). *Introduksjon til samfunnsvitenskapelig metode* (4. utg.). Oslo: Abstrakt forlag.
- Johnsen, J. (2003). *Patenter, legemidler og generisk substitusjon* (SNF-rapport 17/03). Bergen: Samfunns- og næringslivsforskning. Hentet fra https://brage.bibsys.no/xmlui/bitstream/handle/11250/164555/R17_03.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Jøsendal, A. (2018). Reservasjon mot generisk bytte - omfang, kostnader og betydning av pris. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift*, 126(2), 29-32.
- Keenum, A. J., DeVoe, J. E., Chisolm, D. J. & Wallace, L. S. (2012). Generic medications for you, but brand-name medications for me. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 8(6), 574-578.
- Kjærnes, U., Harvey, M. & Warde, A. (2013). *Trust in Food: A Comparative and Institutional Analysis*. Basingstoke: Palgrave Macmillan.
- Kjønniksen, I., Lindbæk, M. & Granås, A. G. (2006). Patients' attitudes towards and experiences of generic drug substitution in Norway. *Pharmacy World and Science*, 28(5), 284-289.

- Koenig, B. A. (1988). The Technological Imperative in Medical Practice: The Social Creation of an "Routine" Treatment. I M. Lock & D. Gordon (Red.), *Biomedicine Examined*, (s. 465-496). Dordrecht: Kluwer Academic.
- Kvale, S. & Brinkmann, S. (2015). *Det kvalitative forskningsintervju* (3. utg.). Oslo: Gyldendal Norsk Forlag.
- Latour, B. (1991) The Impact of Science Studies on Political Philosophy. *Science, Technology & Human Values*, 16(1), 3-19.
- Latour, B. (2000). When things strike back: a possible contribution of "science studies" to the social sciences. *British Journal of Sociology*, 51(1), 107-125.
- Lehtonen, T. & Pantzar, M. (2002). The Ethos of Thrift: The Promotion of Bank Saving in Finland During the 1950s. *Journal of Material Culture*, 7(2), 211-231.
- Lien, M. (2007). Kjærlighetens ting: En innføring i Daniel Millers perspektiv på forbruk. I G. Schjelderup & M. W. Knudsen (Red.), *Forbrukersosiologi, makt, tegn og mening i forbrukersamfunnet*, (s. 333-335). Oslo: Cappelen akademisk forlag.
- Lien, M. & Døving, R. (1996). *Grønnsaker som mat og handelsvare: Kvalitetsoppfatninger fra produsent til forbruker* (Rapport 2/1996). Lysaker: Statens institutt for forbruksforskning.
- Lupton, D. (1997). Consumerism, reflexivity and the medical encounter. *Social Science & Medicine*, 45(3), 373-381.
- Madsen, S., Nitteberg-Sørensen, B., Harviken, C., Samdal, H. & Roksvaag, P. (2008). Byttelisten - et legemiddelpolitisk verktøy. *Tidsskrift for Den Norske Legeforening*, 128(7), 837-839.
- Mauss, M. (1979). Body Techniques. I M. Mauss (Red.), *Sociology and Psychology: Essays*, (s.97-123). London: Routledge & Kegan Paul.
- Milgram, S. (1977). *Lydighedens dilemma*. Copenhagen: Munksgaard.
- Miller, D. (1998). *A Theory of Shopping*. Cambridge: Polity Press.
- Misztal, B. (1996). *Trust in Modern Societies: The Search for the Bases of Social Order*. Cambridge: Polity Press.
- Moen, T., Slørdal, L. & Spigset, O. (2015). Erfaringer og tilfredshet hos apotek kunder; generisk bytte av legemidler. *Norsk Farmaceutisk Tidsskrift*, 123(7-8), 14-18.
- Nekte. (u.å.). I *Det norske akademis ordbok*. Hentet 25. april 2019 fra <https://www.naob.no/ordbok/nekte>
- Nettleton, S. (2013). *The Sociology of Health and Illness* (3. utg.). Cambridge: Polity Press.

- Palagyi, M. & Lassanova, M. (2008). Patients attitudes towards experience with use of generics in Slovakia, performance of generic substitution. *Bratisl Lek Listy*, 109(7), 324-328.
- Patel, A., Gauld, R., Norris, P. & Rades, T. (2010). "This body does not want free medicines": South African consumer perceptions of drug quality. *Health Policy and Planning*, 25(1), 61-69.
- Pecoraro, M. G. & Uusitalo, O. (2014). Conflicting values of ethical consumption in diverse worlds – A cultural approach. *Journal of Consumer Culture*, 14(1), 45-65.
- Presser, L. (2009). The narratives of offenders. *Theoretical Criminology*, 13(2), 177-200.
- Quintal, C. & Mendes, P. (2012). Underuse of generic medicines in Portugal: An empirical study on the perceptions and attitudes of patients and pharmacists. *Health Policy*, 104(1), 61-68.
- Reckwitz, A. (2002). Toward a Theory of Social Practices: A Development in Culturalist Theorizing. *European Journal of Social Theory*, 5(2), 243-263.
- Reppe, L., Stenberg-Nilsen, H., Harg, P., Hegge, A., Lillefloth, A. & Buajordet, I. (2008). Bivirkninger ved generisk bytte i Norge i 2005. *Tidsskrift for Den Norske Lægeforening*, 128(23), 2696-2700.
- Roman, B. (2009). Patients' Attitudes towards Generic Substitution of Oral Atypical Antipsychotics. *CNS Drugs*, 23(8), 693-701.
- Rønning, R. (2004). *Omsorg som vare? Kampen om omsorgens sjel i norske kommuner*. Oslo: Gyldendal akademisk.
- Schatzki, T. (2002). *The Site of the Social: A Philosophical Account of the Constitution of Social Life and Change*. University Park, Pennsylvania: Pennsylvania State University Press.
- Sewell, K. M., Andreae, S., Luke, E. & Safford, M. M. (2012). Perceptions of and barriers to use of generic medications in a rural African American population, Alabama, 2011. *Preventing Chronic Disease*, 9(8).
- Shakoor, O., Taylor, R. & Behrens, R. (1997). Assessment of the incidence of substandard drugs in developing countries. *Tropical Medicine & International Health*, 2(9), 839-845.
- Sharrad, A. & Hassali, M. (2011). Consumer perception on generic medicines in Basrah, Iraq: Preliminary findings from a qualitative study. *Research in Social and Administrative Pharmacy*, 7(1), 108-112.

- Shove, E., & Pantzar, M. (2005). Consumers, Producers and Practices: Understanding the Invention and Reinvention of Nordic walking. *Journal of Consumer Culture*, 5(1), 43-64.
- Shove, E., Pantzar, M. & Watson, M. (2012). *The Dynamics of Social Practice: Everyday Life and how it Changes*. Los Angeles, California: Sage.
- Shrank, W. H., Cadarette, S. M., Cox, E. A., Fischer, M. A., Mehta, J., Brookhart, A. M., Avorn, J. & Choudhry, N. K. (2009). Is There a Relationship Between Patient Beliefs or Communication About Generic Drugs and Medication Utilization? *Medical Care*, 47(3), 319-325.
- Shrank, W., Cox, E., Fischer, M., Mehta, J. & Choudhry, N. (2009). Patients' perceptions of generic medications. *Health Affairs*, 28(2), 546-56.
- Siegfried, N., Ferguson, J., Cleary, M., Walter, G., & Rey, J. (1999). Patient, client, consumer? *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry*, 33(6), 941-2.
- Skipper, N. & Vejlin, R. (2015). Determinants of generic vs. brand drug choice: Evidence from population-wide Danish data. *Social Science & Medicine*, 130, 204-215.
- Skuland, S. E. & Vittersø, G. (2013). Treene kålrøtter og ihjelkokte gulrøtter: Aspekter ved matkvalitet. I P. Strandbakken & N. V. Heidenstrøm (Red.), *Hinsides symbolverdi: materialiteten i forbruket*, (s.57-82). Oslo: Novus, Statens institutt for forbruksforskning.
- Statens legemiddelverk. (2018a, 6. september). Apotekets og legenes rolle i generisk bytte. Hentet fra <https://legemiddelverket.no/offentlig-finansiering/generisk-bytte/apotekets-og-legens-rolle-i-generisk-bytte#reservasjon-mot-bytte>
- Statens legemiddelverk. (2018b, 6. september). Byttelisten. Hentet fra <https://legemiddelverket.no/offentlig-finansiering/generisk-bytte/byttelisten>
- Statistisk sentralbyrå. (2011). *Standard for yrkesklassifisering (STYRK-08)* (Notater 17/2011). Hentet fra https://www.ssb.no/a/publikasjoner/pdf/notat_201117/notat_201117.pdf
- Tanum, S. & Krogstad, A. (2014). Fortellinger om livet uten arbeid. *Sosiologisk Tidsskrift*, 22(3), 249-275.
- Teigen, K. H. (2017, 3. februar). S R Psykologi. *Store norske leksikon*. Hentet 5. april 2019 fra <https://snl.no/S-R-psykologi>.
- Toverud, E., Røise, A., Hogstad, K. & Wabø, G. (2011). Norwegian patients on generic antihypertensive drugs: A qualitative study of their own experiences. *European Journal of Clinical Pharmacology*, 67(1), 33-38.

- Trotta, F., Da Cas, R., Maggini, M., Rossi, M. & Traversa, G. (2014). Generic substitution of antidiabetic drugs in the elderly does not affect adherence. *Annali Dell'Istituto Superiore Di Sanità*, 50(4), 333-340.
- Troye, S. V. (1990). *Markedsføring: styring av kvalitet*. Oslo: Universitetsforlaget.
- Vallés, J.-A., Barreiro, M., Cereza, G., Ferro, J.-J., Martínez, M.-J., Escribà, J.-M., Iglesias, B., Cucurull, E. & Barceló, E. (2003). A prospective multicenter study of the effect of patient education on acceptability of generic prescribing in general practice. *Health Policy*, 65(3), 269-275.
- Van der Geest, S. (1994). Medische Technologie in Cultureel Perspectief: Inleding. I S. Van der Geest, P. T. Have, G. Nijhos & P. Verbek-Heida (Red.), *In De Macht Der Dingen: Medische Technologie in Cultureel Perspectief*. Amsterdam: Het Spinhuis.
- Waler, T. (2018, 31. Oktober). Apotek. *Store norske leksikon*. Hentet 21. januar 2019 fra <https://sml.sn.no/apotek>
- Warde, A. (2005). Consumption and Theories of Practice. *Journal of Consumer Culture*, 5(2), 131-153.
- Warde, A. (2014). After Taste: Culture, Consumption and Theories of Practice. *Journal of Consumer Culture*, 14(3), 279-303.
- Warde, A. (2016). *The Practice of Eating*. Cambridge: Polity.
- Whyte, S., Geest, S. & Hardon, A. (2002). *Social Lives of Medicines*. Cambridge: Cambridge University Press.
- Wijk, B., Klungel, O., Heerdink, E., & Boer, A. (2006). Generic Substitution of Antihypertensive Drugs: Does it Affect Adherence? *Annals of Pharmacotherapy*, 40(1), 15-20.
- Zerbini, C., Luceri, B. & Vergura, D. (2017). Leveraging consumer's behaviour to promote generic drugs in Italy. *Health Policy*, 121(4), 397-406.
- Zorell, C. (2019). *Varieties of Political Consumption. From Boycotting to Buycotting*. Mannheim: Palgrave Macmillan.
- Zukin, S. (2004). *Point of Purchase. How Shopping Changed American Culture*. New York: Routledge.
- Åse, V. (2017, 16. oktober). Si ja til å bytte. Hentet fra <https://www.apotek.no/nyhetsarkiv/helsepolitikk/si-ja-til-%C3%A5-bytte>

Vedlegg 1: Flygeblad, rekruttering i Apotek



Vil du delta i et forskningsprosjekt

om holdninger til legemidler
som man kan bli spurt om å
bytte ved henting av resept-
medisin på apoteket?

Jeg er Ida, studerer sosiologi og
skal skrive masteroppgave. I den
forbindelse trenger jeg noen som
kan stille til **intervju!**

Ønsker du å delta, eller har du
ytterligere spørsmål?

Send meg en melding eller ring: **41085945**
Eller send e-post til: **ihdt95@gmail.com**

Med vennlig hilsen
Ida Dahl Torp

Hva innebærer det for deg å delta?

- Dele meninger og opplevelser rundt «bytte», i form av enkeltintervju og/eller gruppeintervju.

*Det blir enkel
matservering, og
pizza ved gruppe-
intervjuene!*

- Alle opplysninger vil bli anonymisert, som betyr at du ikke vil bli gjenkjent i oppgaven.
- Det er frivillig å delta!

Hvem er ansvarlig for prosjektet?

- *Universitetet i Oslo* er ansvarlig for prosjektet.
- Oppgaven har ingen tilknytning til apoteket og skrives av en uavhengig student.

**Du kan bidra til ny
kunnskap på feltet!**



Vedlegg 2: Rekruttering via Facebook



Ida Helene Dahl Torp



5. september 2018 · 🌐 ▼

💊 Har du noen gang blitt spurt om du vil bytte til «rimeligere variant», «annen produsent», eller «kopimedisin» ved henting av reseptpliktige legemidler på apoteket, og takket nei?

Da vil jeg gjerne snakke med deg! 💊

Jeg skriver masteroppgave i sosiologi om holdninger til generisk bytte av reseptpliktige legemidler. I den forbindelse søker jeg folk som vil stille til intervju 💬💬

Er du 18 år eller eldre og ikke ønsker å bytte? Send meg en melding og bli med på studie, da vel! 😊

Vedlegg 3: Informasjonsskriv og samtykke

Informasjonsskriv - Intervju

Jeg heter Ida Dahl Torp og studerer master i sosiologi ved Universitetet i Oslo. Fra august 2018 til mai 2019 skal jeg samle inn data og skrive masteroppgave. **Jeg skal studere hva apotek kunder som blant annet ønsker originalmedisin tenker om alternative legemidler man kan bli spurt om å bytte på apoteket.** Mine faglige veiledere i prosjektet er Professor Anne Krogstad (Institutt for sosiologi og samfunnsgeografi, UiO) og Forskningsleder Arne Dulrud (Forbruksforskningsinstituttet, SIFO). Det er kun vi som har tilgang på informasjonen som samles inn. Universitetet i Oslo er ansvarlig for prosjektet, og NSD – Norsk senter for forskningsdata AS har vurdert at behandlingen av personopplysninger i dette prosjektet er i samsvar med personvernregelverket.

Å delta i intervjuet vil innebære å dele tanker og holdninger om byttemedisin. Intervjuet vil vare rundt 1-2 timer, gitt tiden du har til rådighet. Du bestemmer selv om det er noen spørsmål du ikke vil svare på. Intervjuene tas opp med båndopptaker for å sikre kvaliteten på sitater, som slettes ved studiets slutt 27.05.19. Så lenge du kan identifiseres i datamaterialet, har du rett til innsyn i registrerte personopplysninger om deg, få disse rettet, slettet og/eller utlevert kopi.

Det er frivillig å delta i prosjektet. Hvis du velger å delta, kan du når som helst trekke samtykket tilbake uten å oppgi noen grunn. Det vil ikke ha noen negative konsekvenser for deg hvis du ikke vil delta eller senere velger å trekke deg. Alle opplysninger om deg blir anonymisert, noe som betyr at du ikke vil bli gjenkjent i oppgaven.

Hvis du har spørsmål om studien, eller ønsker å benytte deg av dine rettigheter, ta kontakt med:

Meg, Ida Helene Dahl Torp på e-post ihdt95@gmail.com, eller telefon [REDACTED]

Veiledere: Anne Krogstad anne.krogstad@sosgeo.uio.no,
Arne Dulrud arne.dulrud@oslomet.no

Universitetet i Oslo behandlingsansvarlig@uio.no

Personvernombudet for forskning personvernombudet@nsd.uib.no

NSD – Norsk senter for forskningsdata AS, på epost (personvernombudet@nsd.no)
eller telefon: 55 58 21 17.

Mvh

Ida Helene Dahl Torp

Samtykkeerklæring

Jeg har mottatt og forstått informasjon om prosjektet, og har fått anledning til å stille spørsmål. Jeg samtykker til at mine opplysninger behandles frem til prosjektet er avsluttet, 27.05.19

(Signert av prosjektdeltaker, dato)

Vedlegg 4: Intervjuguide

Informere om oppgaven og informantens rettigheter.

1. Demografisk bakgrunn

Navn

Alder

Bosted

Hvor vokste du opp?

Yrke/utdanning

2. Rolleforståelse – ideer om kjøp og salg

Jeg vil at du skal se for deg at du er ute og handler, for eksempel i dagligvarebutikken.

- I en slik situasjon hvor du skal kjøpe et eller annet, hva vil du trekke frem som viktig for deg?

Nå vil jeg at vi skal bevege oss over i apoteket. Se for deg at du går inn i apoteket, gjerne det du pleier å besøke.

- Når du hører ordet «apotek» hva tenker du på da?
- Du står i selvbetjeningen blant hyllene:
- Hva vil du trekke frem som viktig for deg når handler på apoteket?
- *Dersom vi ikke kommer inn på det:* Tenker du at det er noen forskjeller mellom hva som er viktig på apoteket kontra andre butikker?
 - Ja? – Hva er forskjellene/Hvorfor er det forskjellig
 - Nei? – Hva er likhetene/Hvorfor er det sånn
- Hva bruker du apoteket til?
- Hvor ofte handler du på apoteket?
- Hva handler du på apoteket?
- Er det noen varer som du kan få kjøpt andre steder, men som du heller kjøper på apoteket? – i så fall: hvilke, hva er grunnene til det?
- Omvendt: er det noen varer du vet du kan få kjøpt på apoteket, men som du heller kjøper andre steder? – i så fall: hvilke, hva er grunnene til det?
- Tenker du at apoteket har noen konkurrenter? I så fall – hvem og hvorfor?
- Er det tryggere å kjøpe noen varer på apoteket enn andre steder?
 - Ja? – Kan du komme med noen eksempler? Hvorfor?
 - Nei? – Kan du utdype det?

Nå vil jeg at du skal se for deg at du går inn på apoteket, trekker deg en kølapp, fordi du skal hente ut en reseptbelagt medisin.

- Hva vil du trekke frem som viktig for deg når du skal hente ut reseptpliktig medisin?
- Hvor ofte henter du ut reseptbelagt medisin?
- Hender det at du kjøper varer som ikke er på resept samtidig som du henter ut resepter?
 - Hvordan fungerer det?
- Tenker du at det er noen forskjell på det å kjøpe reseptbelagte legemidler og andre ting som man kan få kjøpt «fritt» i apoteket?

3.Første møtet med generika

Se for deg at du står foran disken på apoteket og skal hente ut en medisin på resept som legen har skrevet ut. Og så spør farmasøyten om du vil «bytte» til en annen leverandør.

- Du har ved en eller annen anledning fått spørsmålet om du «vil bytte» på apoteket.
Hva er det første du tenker når du hører det?
- Hvor hørte du om «bytte» første gang?
- Kan du fortelle om første gang du ble spurt på apoteket om du ville bytte til en annen leverandør enn det legen hadde forskrevet?
 - Var det i forbindelse med en ny medisin eller et preparat du hadde brukt tidligere og var kjent med?
 - Hva tenkte du da?
 - Hva valgte du?
 - A hvis original: Hva tenker du var det som gjorde at du valgte det du valgte?
 - B hvis alternativ: -. - + Hva gjorde at du valgte original i etterkant?
- dersom A: Har du noen gang takket ja til bytte når du har fått spørsmål om det på apoteket?
 - Hvordan opplevde du det?

3.1 Bytte-/originalhyppighet

Du trenger ikke gå i detalj på hvilke legemidler du bruker.

- Bruker du flere enn ett legemiddel?
- Har du blitt spurt om bytte ved flere enn ett legemiddel?
 - Ja? – Kan du huske hvor mange?
 - Er det noen legemidler du bytter og andre ikke, eller bytter du alle?
 - Ja? – Hva gjør at du bytter noen og ikke andre?

- Nei? – Kan du utdype det, hva gjør at du foretrekker å ikke bytte?

3.2 Opplevelse av møtet – forpliktelse (lydighet)

- Hvordan opplevde du situasjonen på apoteket da du ble spurt om å bytte?
 - Fikk du se de ulike pakkene?
 - I så fall - Hva tenkte du om dem?
 - Hva slags informasjon fikk du?
 - Opplevde du forståelse for valget ditt på apoteket?
 - Følte du deg forpliktet på noen som helst måte til å bytte – eventuelt ikke bytte?
 - Har du snakket med legen din om opplevelsen?
 - Ja? – Hva sa legen?
 - Nei? – Hvorfor ikke?
 - Har du snakket med andre om opplevelsen din?
 - Noen som deler den/ikke?

3.3 Pris

Det finnes et hav av medisiner og kopier der ute, og her har jeg laget «liksom»-medisiner. Noen ganger er det prisforskjell mellom de to ulike produsentene.

- Hva tenker du om det?

Nå vil jeg at vi skal gjennomføre en liten øvelse.

(Jeg laminerer seks kort som utgjør tre par etter fargekode – to blå, to gule, to røde. Halvparten av kortene er «Den originale», og resterende halvpart er «Den apoteket spør om du vil bytte til». Ved det blå settet har original og kopi lik pris. Ved det gule er prisforskjellen 100 kr. Ved rødt sett er prisforskjellen 500 kr. Kortene festes på urinprøveglass som jeg har fylt med sukkertøy – det skal illustrere pillebokser).

(Forklarer de ulike settene)

Jeg vil at du skal se for deg at dette er eksempler på medisiner du kjøper. Hvilken variant ville du valgt ved hver fargekategori? Kan du utdype valgene dine?

- Hvorfor er pris viktig, eller ikke viktig når du handler reseptlegemidler?
- Har du opplevd å måtte betale mer for valg av original?
 - Ja? - Hva tenker du om det?
 - Hvor stor prisforskjell er du villig til å betale?
- Hva tenker du om pris når du handler andre ting enn reseptlagte legemidler, for eksempel på dagligvarebutikken eller andre steder?

3.4 Hva skal vi kalle «generisk bytte» på folkemunnet?

(Dersom informanten bruker et ord eller uttrykk før vi kommer til dette spørsmålet – gi uttrykk for at du har lagt merke til betegnelsen og hopp til A og B).

Nå vil jeg at vi skal snakke litt om ord og uttrykk. Jeg er jo som vi akkurat har snakket om, interessert i såkalt «bytte» av legemiddelprodusent som man kan bli spurt om på apoteket. Jeg kaller det «bytte til alternativ leverandør». (Setter frem et av pillebokssettene fra øvelsen ovenfor, hvor den ene heter «Den originale», og «Den som apoteket spør om du vil bytte til»).

- Jeg vil mene og si at vi ikke har noen gode navn på disse her, spesielt ikke den som man blir spurt om å bytte til. Dette er den originale (peker på den), men hva vil du kalle den som du kan bli spurt om å bytte til?
 - A. Kan du huske hvor du har hørt «...» (betegnelsen de kommer med)?
 - B. Hvilke assosiasjoner får du når du hører «...» (betegnelsen de kommer med)?
 - C. Farmasøytene kaller det for «generisk bytte», har du hørt om den betegnelsen før?
 - Hva tenker du om den betegnelsen?

3.5 «Justifications» - Viktige spørsmål som er siste ledd om generika (bruke god tid her)

Til nå har vi snakket en del om situasjonen på apoteket, pris og hva vi tenker på når vi hører «bytte til et alternativ». Nå vil jeg at vi skal snakke litt om positive og negative sider ved å velge det ene eller det andre.

- Det er en del som ikke ønsker å bytte ved spørsmål om det på apoteket. Hva tror du er grunnen til det?
- Det er også en del som ønsker å bytte. Hva tenker du kan være grunnen til det?
- Hvilke fordeler er det ved å velge den originale?
- Hvilke ulemper er det ved å velge den originale?
- Hvilke fordeler er det ved å velge alternativet (evt. bruke betegnelsen de kom med tidligere)?
- Hvilke ulemper er det ved å velge alternativet (-.-)
- Dersom du skulle trekke frem de viktigste grunnene til å ikke bytte for deg, hva ville det vært?

4. Direkte spørsmål om tillit

- Hva tenker du om kunnskapen de ansatte på apoteket har?
- Hvem vil du si at du har mer tillit til – legen eller de som jobber på apoteket?
 - Evt. hvorfor har du mer tillit til legen?
 - Evt. hvorfor har du mer tillit til de som jobber på apoteket?
 - Evt. hvorfor har du lik tillit?

- Hva skaper tillit?

5. Direkte spørsmål om opplevelse av roller

- Når du står på apoteket og skal hente ut noe på resept, tenker du på seg selv som en pasient?
 - Ja? Kan du utdype det?
 - Nei? -.- Hva tenker du på deg selv som?

Avslutning

Er det noe mer du ønsker å utfylle? Noe du føler vi ikke har fått snakket nok om?

Vedlegg 5: Prisøvelse



Bilde 1: Urinprøveglass fylt med sukkertøy som skal forestille pillebokser. 0 kroner forskjell mellom original- og synonympreparat.



Bilde 2: 100 kroner forskjell mellom original- og synonympreparat



Bilde 3: 500 kroner forskjell mellom original- og synonympreparat

Design og foto: Ida Helene Dahl Torp

Forbruksforskningsinstituttet SIFO ved OsloMet – storbyuniversitetet har et spesielt ansvar for å bidra til kunnskapsgrunnlaget for forbrukerpolitikken i Norge og skal utvikle ny kunnskap om forbruk, forbrukerpolitikk og forbrukernes stilling og rolle i samfunnet.

SIFOs kjerneområder er:

- Bærekraftig forbruk
- Digital hverdag
- Mat og klær
- Markedsbasert velferd