

Til Vidunderlige nye verden – på blå resept?

Michael 2009;6:411–8.

Romanen Vidunderlige nye verden (Aldous Huxley 1932) skildrer et velorganisert og problemfritt framtidssamfunn. Krig og fattigdom er historie. Fri sex, følekino og moderne legemidler sørger for at befolkningen er lykkelig og tilfreds. De mest populære legemidlene er prevensjonstyggegummi og lykkepillen Soma som gir behagelige fantasier og fjerner både smerter og dårlige minner.

Mens innbyggerne i Huxleys framtidssamfunn var evig unge inntil de brått ble «resirkulert» i 60-årsalderen, har befolkningen i våre industrialiserte land i dag kunnet legge ekstra år til livsløpet takket være moderne farmakoterapi. Legemidlene holder kronisk syke funksjonsdyktige og selvhjulpne mye lenger nå enn tidligere. Det er derfor riktig av solidariske velferdssamfunn å satse ressurser på å gjøre nødvendig legemiddelbehandling tilgjengelig for alle – uavhengig av personlig økonomi og sosial status. I Norge skjer dette gjennom blåreseptordningen.

Selv om vi i hovedsak bruker legemidler til å behandle sykdommer og plager, går utviklingen klart i retning av mer forebyggende farmakologisk behandling og at stadig flere av livets områder blir regulert ved hjelp av medikamenter.

Milliardomsetning

I Norge ble det i 2008 omsatt legemidler for vel 17 milliarder kroner. Nær 90 % var reseptpliktige, hvorav halvparten finansieres gjennom blåreseptordningen, en tredel betaler pasientene selv mens resten dekkes av sykehus, sykehjem mv. I tillegg omsettes kosttilskudd, vitaminer, mineraler og natur(lege-)midler for flere milliarder kroner årlig. Det illegale legemiddelmarkedet utgjør også milliardbeløp.

Diagnose: risiko

Foruten allmennfarlige smittsomme sykdommer, var blåreseptordningen opprinnelig tiltenkt behandling av manifest, kronisk sykdom. Men ganske

snart ble også enkelte *risikofaktorer* for sykdom sidestilt med sykdom. Dette gjaldt i første rekke forhøyet blodtrykk og kolesterol. Mens utvidelsen primært rettet seg mot personer med spesielt høy risiko, er tendensen nå at stadig lavere risiko på flere områder behandles med medisiner på blå resept.

Det er vanlig å snakke om primær, sekundær og tertiær forebygging. Grensene mellom dem er flytende.

Tertiær forebygging motvirker forverring og komplikasjoner av eksisterende sykdom gjennom optimal behandling. Eksempler er anfallsforebygging av epilepsi, migrene eller podagra.

Sekundær forebygging med legemidler er aktuelt ved sykdomstegn eller gjennomgått sykdom der det er økt risiko for ny, tilsvarende sykdom. Betablokker reduserer for eksempel risikoen for at tidligere hjerteinfarktpasienter får nye infarkt.

Primær forebygging er det når friske uten tegn til sykdom behandles for å redusere framtidig statistisk risiko for sykdom. Mange ubehandlede ville aldri fått sykdommen, men det er umulig å si på forhånd hvem som trekker «vinnerloddet» og hvem som behandles unødvendig.

Blodtrykket – kampen om behandlingsgrensene

Fastsetting av hvilke reseptbelagte legemidler som skal betales via blåreseptordningen skjer under lobbyvirksomhet både fra medisinske fagmiljø, pasientorganisasjoner og legemiddelindustrien. Mens toneangivende kardiologer, godt hjulpet av farmasøytisk industri, stadig har argumentert for å senke grenseverdiene for når blodtrykk og kolesterol skal behandles, har allmenn- og samfunnsmedisinere vært mer tilbakeholdne og argumentert for å prioritere de med høyest risiko.

Faglig uenighet om tolkning av forskningslitteraturen her har enorme konsekvenser for hvor stor andel av befolkningen som skal regnes som friske eller som «pasienter» (1). Grensene har også store konsekvenser for ressursbruken i helsevesenet – og for fortjenesten til legemiddelindustrien. Norske retningslinjer (2009) for forebygging av hjerte-karsykdommer, understreker at preventiv behandling skal baseres på individuell totalrisiko, ikke på enkeltfaktorer som blodtrykket. Og fremtiden? Siste forslag på området er like godt å behandle *hele* befolkningen over en viss alder (2)

Gentester som avdekker individuelle anlegg for framtidig sykdom, åpner uante muligheter for forebyggende legemiddelbehandling: «*en pille mot alt som kan tenkes å bli ille*». Fordi mortaliteten stadig er 100 % og alle har i seg risikofaktorer for sykdom og død, nærmer vi oss at definisjonen på frisk, blir ikke å være godt nok undersøkt!

I stedet for å bruke piller kan det ofte være mer logisk å legge om personlig livsstil: spise eller drikke mindre, stumpe røyken, være mer i fysisk aktivitet. Mens slike alternative tiltak bekostes av den enkelte, er piller på blå resept nesten gratis. Dette favoriserer legemiddelbruk og påvirker våre valg av tiltak for styring av helse.

Markedsføring

I 2003 estimerte Legemiddelverket at farmasøytisk industri i Norge brukte rundt en halv milliard kroner årlig til markedsføring. Et stort korps av konsulenter besøker regelmessig legekantorene og arrangerer informasjonsmøter. Konsulentene legger vekt på de positive egenskapene til midlene, mens bivirkninger og forsiktighetsregler ofte underkommuniseres (3).

I 2005 bestemte Legeforeningen at kurs med medvirkning fra eller nærvær av farmasøytisk industri ikke kan godkjennes som tellende i legers videre- eller etterutdanning. De fagmedisinske foreningene fikk heller ikke lenger anledning til å bli sponset av industrien, noe som til da var svært utbredt.

Industrien setter mye inn på å styre forbruket over på de nyeste, patenterte midlene, fordi dette øker inntektene. Når patentperioden nærmer seg slutten, er det viktig for dem å ha et nytt, originalpreparat klart som arvtaker, ofte bare en kjemisk variant av «forrige modell». Tilsynelatende svært gunstig bivirkningsprofil for helt nye medisiner avspeiler ofte bare begrenset bruk.

Markedsføringen gjør trolig at leger i så stor grad velger «siste modell», selv om dette påfører samfunnet og helsebudsjettene store og ofte unødvendige omkostninger. Å skrive ut et nytt og kostbart middel har nemlig ikke økonomiske konsekvenser, verken for lege eller pasient. Norske blodtrykkspasienter får i stor grad utskrevet de nyeste og mest kostbare midlene på markedet.

Legenes terapeutiske frihet har vært forsøkt innskrenket som ledd i myndighetenes forsøk på å kontrollere legemiddelutgiftene. Kravene til diagnostisk dokumentasjon er skjerpet om man fraviker anbefalt behandling av eksempelvis forhøyet blodtrykk og kolesterol eller ved obstruktive lunge sykdommer. Slike administrative tiltak lykkes bare delvis, siden leger kan tilpasse diagnose til forskrivning – i stedet for omvendt.

«Framfor alt ikke skade» – legemidler som årsak til sykdom og død

På et norsk universitetssykehus undersøkte man i perioden 1993-1995 hvor stor andel av alle dødsfall på medisinsk avdeling som helt eller delvis skyldtes

legemiddelbehandlingen (4). Sentralt i arbeidet var blodprøver tatt før og etter døden, obduksjon, samt en bred vurdering av alle tilgjengelige opplysninger i en «pasienthavarikommisjon». I toårsperioden ble det lagt inn omkring 14 000 pasienter, hvorav vel 700 døde. Av disse var åtte innrapportert som sannsynlig legemiddelrelaterte dødsfall. Undersøkelsen avdekket 125 nye tilfeller, det vil si mellom hvert femte til sjettede dødsfall, eller nær 1 % av alle innleggelse. Ekstrapolert tilsvarer dette rundt 3000 årlige dødsopfre på landets medisinske avdelinger. I tillegg kommer legemiddelrelaterte dødsfall på andre sykehusavdelinger, i sykehjem og ute i samfunnet.

En svensk undersøkelse har nylig estimert at fatale legemiddeleffekter utgjør rundt 3% av alle dødsfall i befolkningen (5).

At bare en så liten andel av legemiddelindusert sykdom og død erkjennes og meldes til Legemiddelverket, gjør at helsetjenesten ikke tar inn over seg den sykkelighet og død legemidlene påfører befolkningen.

Innenfor de fleste terapiområder er det avdekket store potensialer for å kvalitetsforbedre diagnostikk og behandling. Å gripe fatt i dette gjennom systematisk tilnærming, er en viktig utfordring for helsetjenesten både i og utenfor sykehus. Men økende fragmentering innen helsevesenet bidrar til at enkeltspecialister bare behandler «sin» sykdom uten å skjule til hvordan dette virker inn på helheten. Desto viktigere er det at fastlegene ivaretar helhetsperspektivet og koordinerer og balanserer alle enkeltintervensjoner i forhold til behandlingsmål og pasientens totalsituasjon.

Tøyelige indikasjoner

I klinisk praksis gis ikke sjelden legemidler for diagnoser eller til pasientgrupper der middelet ikke er godkjent. Både i pediatrien og i geriatrien skyldes dette ofte mangelfullt kunnskapsgrunnlag. I pediatrien fordi kontrollerte legemiddelstudier hos barn er etisk problematiske, i geriatrien fordi geriatriske pasienter med mange sykdommer vanligvis ekskluderes fra studiene. Klinikeren må derfor anta effekter som er basert på studier hos ikke sammenlignbare pasienter.

Landets største institusjonsnivå, sykehjemmene, kjennetegnes av svake medisinske fagmiljø og av institusjonsavhengige behandlingsskulturer som kan avvike mye fra faglige retningslinjer (6). For eksempel er det vanlig å «roe» demente ned gjennom permanent bruk av antipsykotika – selv om dette bare er godkjent for kortvarig bruk.

Er man først satt på en fast behandling, skal det ofte mye til å avslutte denne. Det er ingen sjeldenhet å bli behandlet med antidepressiva selv om depresjonen bare har historisk interesse. Eller at man fortsatt tar blodtrykks-piller selv om blodtrykket er blitt faretruende lavt.

Mangelfull oversikt av hvilke medisiner pasienten egentlig tar, og fravær av rutiner for legemiddelgjennomgang (7), bidrar til at mange både får unødvendig og skadelig behandling.

Når et nytt legemiddel lanseres i markedet, er som regel de medisinske indikasjoner for bruken strengere enn det som blir vanlig praksis når middelet har «gått seg til» i markedet. For eksempel ble sildenafil (Viagra) lansert som et middel ved manglende ereksjonsevne på grunn av nevrologisk eller metabolsk sykdom. Men det gikk ikke lenge før dette og tilsvarende ble en «styrkemedisin» mange friske ønsket seg – trolig inspirert av prestasjoner som på «voksenfilm».

Benzodiazepiner anbefales hovedsakelig brukt intermitterende i korte perioder, men tas ofte kronisk. Da utvikles en toleranse for virkningen i form av seponeringsabstinens, som til forveksling er lik symptomene man forsøkte å døyve da middelet opprinnelig ble ordinert. Et tilsvarende eksempel er når kronisk forbruk av hodepinemidler gir «medication overuse headache».

Rus og dop

De fleste illegale rusmidler er i utgangspunktet legemidler. Heroin ble i sin tid lansert som et fremragende middel mot hoste (Figur 1). Søvnmiddelet flunitrazepam (Rohypnol®) gir rus og virker agiterende i større doser og er derfor populært blant rusmisbrukere. Grensen mellom medisinsk forsvarlig bruk og misbruk er flytende. Markedet forsynes både via legal forskrivning, illegal import og smugling. Dette gjelder også sentralstimulerende legemidler innen amfetamingruppen. I økende grad benyttes disse i behandlingen av atferdsdiagnoser som i prinsippet er sosiokulturelle, mentale konstruksjoner. Det er spesielt grunn til å være på vakt mot inflasjon i bruken av syndromdiagnoser innenfor en spesialisert og fragmentert helse-tjeneste når behandlingen er risikabel.

«En pille for alt som er ille»

Prevensjonspillen har lenge gjort at man ikke trenger å bekymre seg for at seksualleken medfører uønsket svangerskap. Nå finnes også angrepillen for den som er etter snar. Både klimakterieplager og mer eller mindre impotens kan langt på vei håndteres medikamentelt. Og klarer man ikke å holde vekten i sjakk gjennom måtehold ved matfatet, finnes «slankepiller» som påvirker sultsenteret i hjernen eller som hemmer næringsopptaket fra tarmene.

Legemidler kan regulere blære- eller tarmfunksjonen eller redusere nikotinsuget hos den som vil stumpe røyken.

Prestasjonskrav og dopingkultur i deler av idretten har for alvor satt fokus på at medisiner kan fremme økt yteevne og utholdenhet. Herfra spres

BAYER
PHARMACEUTICAL
PRODUCTS.

Send for
samples and
Literature to

ASPIRIN
The substitute for the salicylates

HEROIN
The sedative for coughs

LYCETOL
The uric acid solvent

SALOPHEN
The antirheumatic and antineuralgic

FARBENFABRIKEN OF
ELBERFELD CO.

40 STONE ST
NEW YORK.

Figur 1: Mange illegale rusmidler har tidligere vært legale legemidler. Så også for heroin som på slutten av 1800-tallet ble markedsført som et utmerket hostemiddel.

også budskapet om at det er avlegs å ta tida til hjelp så lenge man kan behandles straks og komme enda raskere tilbake. Nye midler får oss til å fungere optimalt innenfor stadig flere av livets områder. Behandlingsmulighetene endrer samtidig synet på hva som er normalt og hva som er sykt. Her fører legemiddelindustrien an - om nødvendig ved å opprette pasientorganisasjoner som gir en aktuell ny lidelse ansikt og talerør.

Ekspansjon av terapiområdene nærer samtidig indirekte opp under en teknologisk optimisme om at det finnes en farmakologisk motgift mot nær sagt de fleste av livets plager («en pille for alt som er ille»). I forlengelsen av dette ligger faren for terapeutisk aktivisme, kjennetegnet av farmakologisk symptomslukking og hvor legemiddelordinerer reduseres til reflekshandlinger trigget av «indikasjoner» som ikke er basert på grundig kartlegging av årsaksforhold.

Alternativ behandling

Mange tyr til naturmidler i håp om å gjenvinne noe av ungdommens livsgnist og for å få mer overskudd i hverdagen. Økt bruk av naturmidler og kosttilskudd handler også om medikalisering av det normale livet.

Mange er skepsiske overfor syntetisk framstilte legemidler – «jeg er mot medisiner». Samtidig kan slike tilhengere av den farmakologiske avholdsbevegelsen ha voldsom tro på naturmidler eller alternative medisiner. Dette til tross for manglende dokumentasjon av innhold og effekter.

Mens farmasøytisk industri (enn så lenge) bare kan reklamere direkte overfor helsepersonell, markedsføres naturmidlene bredt gjennom annonser, artikler i ukepressen og fargerike reklamebrosjyrer i postkassen. Reklamen går svært langt i å hevde at midlene kan kurere sykdommer og plager og gi brukerne et nytt og bedre liv. Regelverket tillater riktignok ikke udokumenterte påstander om helseeffekter, men myndighetene kvier seg åpenbart for å gå inn i dette minefeltet, fordi forholdet til alternativ behandling hos mange er sammenvevet med deres tro og livsanskuelse.

Fra underdanig pasient til bevisst forbruker

Den tradisjonelt føyelige og passive pasientrollen utfordres i dag av økt medbestemmelse og juridiske rettigheter. Kunde- og forbrukerperspektivet dominerer og innebærer retten til å klage eller saksøke leger og helseinstitusjoner hvis man ikke får det man har «krav på». Disse tendensene avspiler en dyptgripende kulturell endring i samfunnet: fra innordning, plikt og arbeid, til utdanning, velstand, fritid og individets perfeksjonering.

Dagens pasienter vil ha retten til å ta frie og selvstendige valg og informerte pasienter kommer med spesifikke bestillinger. Valgfriheten forutsetter imidlertid kunnskap. Helt fram til 1980 tallet var spesifikk informasjon om legemidler forbeholdt farmasøyter og leger. Felleskatalogen ble ikke «frigitt» for publikum før i 1984. I dag, derimot, finnes store mengder legemiddelinformasjon lett tilgjengelig for alle, ikke minst via nettet. Overfortolkning av vitenskapelig informasjon er imidlertid vanlig: Hver enkelt kan designe egen perfekt helse og et langt liv bare man gjør de rette tingene og har i seg

de rette midlene. Men da glemmes tilfældighetenes store spill som i sum faktisk betyr mest. Men som vi så lite kan gjøre noe med.

Ironien i Huxleys roman *Vidunderlige nye verden* ligger i at for å skape det harmoniske framtidssamfunnet, måtte man fjerne «gammeldagse» verdier som familie og slekt, natur, kunst og kultur og religion og filosofi. Det vil si en vesentlig del av hva som gir mening og helse. Spørs om det er dit vi ønsker oss. Ikke engang om vi fikk det på blå resept!

Litteratur

1. Brekke M, Rekdal M, Straand J. Which population groups should be targeted for cardiovascular prevention? A modelling study based on the Norwegian Hordaland Health Study (HUSK). *Scand J Prim Health Care* 2007; 25: 105-11.
2. Law MR, Morris JK, Wald NJ. Use of blood pressure lowering drugs in the prevention of cardiovascular disease: a meta-analysis of 147 randomised trials in the context of expectations from prospective epidemiological studies. *BMJ* 2009; 338: b1655 doi:10.1136/bmj.b.1665
3. Straand J, Christensen IJ. Kvalitet av legemiddelkonsulentbesøk i allmennpraksis. *Tidsskr Nor Legeforen* 2008; 128: 555-7.
4. Ebbesen J, Buajordet I, Erikssen J et al. Drug related deaths in a department of internal medicine. *Arch Intern Med* 2001; 161: 2317-23.
5. Wester K, Jönsson AK, Spigset O et al. Incidence of fatal adverse drug reactions: a population based study. *Br J Clin Pharmacol*. 2008; 65:573-9.
6. Ruths S, Straand J, Nygaard H. Psychotropic drug use in nursing homes. Diagnostic indications and variations between institutions. *Eur J Clin Pharmacol* 2001; 57: 523-8
7. Straand J. Gjennomgang av pasientens legemidler. *Tidsskr Nor Legeforen* 2007; 127: 1175.

Jørund Straand
jørund.straand@medisin.uio.no
Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin
Universitetet i Oslo.