

*Legemiddelfirmaer ønsker at
sykdomsmodulerende medisiner
mot multipel sklerose
skal brukes mer*

Men hvem skal styre pengesluket?

Tidsskriftet har fått henvendelser fra et firma som ønsker omtale av sykdomsmodulerende behandling ved multipel sklerose. Dette kan oppfattes som utidig innblanding i redaksjonelle spørsmål fra et firma som får markedsføringsgevinst av slik omtale. Samtidig bringer dagspressen oppslag om at altfor få norske pasienter med multipel sklerose behandles med nye medikamenter (1), og vi aner at pressen blir brukt som et middel i markedsføringen. Så blir den «gode lege» indignert: Vi vil holde oss faglig oppdatert på egen hånd, vi vil velge behandling uten påvirkning fra industrien, og vi ønsker slett ikke markedsføring rettet direkte mot pasienter og pasientforeninger gjennom massemediene (2).

Hvordan skal vi så se dette fra legemiddelindustriens side? Vi har flere nye medikamenter (interferoner og glatirameracetat) som synes å påvirke sykdomsforløpet og forsinke utviklingen av multipel sklerose (3). Behandlingen er kostbar, effekten moderat, og alvorlige bivirkninger forekommer. Mange pasienter får allerede slik behandling, men andelen av behandlede i Norge er mindre enn i enkelte andre land. Derfor er det ikke rart at legemiddelfirmaene ønsker å skape interesse for sine produkter. Deres mål er selvfølgelig å øke omsetningen. Når de har et produkt som kan bremse sykdomsutviklingen hos pasienter med en kronisk, progredierende og invalidiserende lidelse, kan man forstå at de vil fortelle om det, og at massemediene vil presentere saken. Vi må innse at denne typen markedsføring i stigende grad blir del av vår hverdag. Og massemedienes makt er stor (4, 5).

Men det er også stor forskjell mellom leger i forskjellige spesialiteter. Nevrologer har vært betraktet som tilbakeholdne og konservative, og spesialiteten nevrologi som mer diagnostisk enn terapeutisk. Slik er det ikke lenger. Faget nevrologi har endret seg dramatisk. I dag kan de fleste pasienter med nevrologiske sykdommer få symptomatisk og/eller sykdomsmodulerende behandling, og en del tilstander kan kureres. Men har nevrologene forandret seg? Svaret er sannsynligvis bare delvis ja. Mens mange kolleger i andre spesialiteter umiddelbart tar i bruk siste generasjons blodtrykksmedisiner, antibiotika med astronomiske priser og marginale fortrinn, eller avanserte og dyre pacemakere, er det nok fortsatt nevrologer som av samfunnsøkonomiske hensyn kvier seg for å forskrive dyre medisiner med beskjedne effekter.

En slik holdning er for defensiv. Vi ønsker alle å gi våre pasienter best mulig behandling – vi skylder å gi dem det. Dette gjelder

ikke minst ved sykdommer i hjernen. Hjernen er ikke bare menneskets viktigste organ, den er også selve mennesket. Har vi muligheten til å begrense en sykdom i hjernen, til å ta vare på hjernen, er det grunn til å forsøke – selv om effekten kan være beskjeden. Men akkurat når det gjelder sykdomsmodulerende behandling ved multipel sklerose, kan det være flere grunner til at norske nevrologer har vært tilbakeholdne. Dokumentasjonen på behandlingseffekt var lenge mangelfull, og det er naturlig å være avventende til behandling med uklar indikasjon og ukjente langtidseffekter. Derfor kan ikke norsk praksis hittil oppfattes som kritikkverdige. Tvert imot, norske eksperters anbefalinger har bygd på nøktern vurdering av de til enhver tid foreliggende studier (3, 6). Muligens kan en noe større andel av pasientene profitte på sykdomsmodulerende behandling, men dokumentasjonen av positiv klinisk effekt er fortsatt sparsom. Påtrykk fra industrien kan lett skape store forventninger om behandlingseffekt både hos pasienter og kolleger. Derfor er det åpenbart behov for mer faglig omtale av multipel sklerose, med en ny og kritisk gjennomgang av indikasjonene for sykdomsmodulerende behandling, uavhengig av påvirkning fra industrien. Sannsynligheten for en gunstig klinisk effekt sett opp mot bivirkninger av behandlingen, bør være avgjørende for anbefalingen. De tilgjengelige medisinene representerer ikke noe revolusjonerende gjennombrudd for behandlingen av multipel sklerose, og massemedienes overskrifter om betydelig underbehandling av norske pasienter (1), er åpenbart ikke riktige. Kanskje blir konklusjonen av en kritisk vurdering likevel at noen flere pasienter kunne tilbys slik behandling?

Men ambisjonen om å gi alle pasienter best mulig behandling, koster. Det er ingen tvil om at vi leger kan bruke opp ikke bare helsebudsjettet, men også store deler av det øvrige statsbudsjettet hvis vi fikk anledning. Men hvem er det så som skal styre pengesluket? Skal pasientene til den samfunnsøkonomisk og sosialt tenkende legen vike til fordel for pasientene hos legen som alltid vil prøve det siste nye, uansett kostnad og uansett hvor dårlig behandlingen er dokumentert? Skal det være en kamp mellom spesialitetene, mellom vanlige og sjeldne sykdommer, mellom prestisjesykdommer og andre tilstander? Skal helsesjefer og avdelingsoverleger bestemme? Eller er det sykehusdirektøren som skal prioritere hvilke pasienter som skal få optimal behandling? Direktøren i det regionale helseforetak? Eller sjefredaktørene i dagspressen?

Det er helsepolitikkerne som burde bestemme hva vi skal og ikke skal ha anledning til å gjøre i norsk helsevesen, men de foretar ikke klare valg. I en kronikk i *Aftenposten* 17.9. 2002 tok Stein Evensen (7) til orde for tøffe prioriteringer. I et tilsvarende noen dager senere så lederen i Stortingets sosialkomité, John Alvheim fra Fremskrittspartiet, helt bort fra milliardunderskuddet i de regionale helseforetak og slo fast at «vi har faktisk råd til det meste», og at det er «bedre å hjelpe én «for mye» enn én for lite» (8). Skal vi tro på enkelte avisers analyse av Norges økonomiske situasjon, er det ikke vanskelig å støtte Alvheims syn. Men det er ikke noe som tyder på at andre politikere vil stille seg bak slike utsagn, så vi må fortsatt være forberedt på å arbeide i et helsevesen med begrensede ressurser. Så lenge politikkerne ikke tar ansvar, men bare gir uklare signaler, er det derfor stor fare for at prioriteringene i helsevesenet fortsatt vil skje uten overordnet, målrettet styring. Som fagfolk bør vi prøve å hjelpe politikkerne til å gjøre fornuftige valg. Kanskje bør Legeforeningen ta utfordringen og opprette et faglig rådgivende organ, før det offentlige helsevesen slår enda større sprekker?

Espen Dietrichs

espen.dietrichs@klinmed.uio.no
Neurologisk avdeling
Rikshospitalet
0027 Oslo

Espen Dietrichs (f. 1956) er professor og avdelingssjef ved Neurologisk avdeling, Rikshospitalet, leder av Norsk nevrologisk forening og formann i Nordisk Neurologisk Forening

Litteratur

1. – MS-pasienter underbehandles. *Dagbladet* 26.7.2002.
2. Westin S. Sykdomskremmere. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1638.
3. Midgard R. Behandling ved multipel sklerose. *Tidsskr Nor Lægeforen* 2001; 121: 2254.
4. Moynihan R, Heath I, Henry D. Selling sickness: the pharmaceutical industry and disease mongering. *BMJ* 2002; 324: 8861–91.
5. Høyе S, Hjortdahl P. «Ny vidunderpille!» – hva skriver norske aviser om nye legemidler? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2002; 122: 1671–6.
6. Aarli JA. Betainterferon ved multipel sklerose – hvem skal behandles? *Tidsskr Nor Lægeforen* 1999; 119: 3114.
7. Evensen S. Kan vi lære rettferdig helsevesen av fattige land? *Aftenposten* (morgenutgaven) 17.9.2002.
8. Alvheim JI. Bedre å hjelpe én for mye. *Aftenposten* (morgenutgaven) 24.9.2002.