

1823

legemidler i forhold til folketall, i forhold til hva vi samlet bruker til helsetjeneste og i forhold til bruttonasjonalproduktet enn de fleste andre vesteuropeiske land (2). Om dette er bra eller ikke bra, skal jeg ikke mene noe om her, men jeg tror det er en del legemidler vi burde bruke mer.

Kommersialisering av forskning

Styres våre valg av legemiddelindustrien? I mitt eget fag, diabetologien, ser det ikke slik ut. Ny statistikk fra legemiddelverket viser at av blodsukkersenkende medikamenter har salget av metformin økt fra 0,6 til 7,6 definerte døgndoser per 1 000 innbyggere fra 1994 til 2003 (3). Metformin er et billig og gammelt preparat, og fikk sin renessanse med UKPDS-undersøkelsen publisert i 1998, som viste at metformin hadde noen fordeler fremfor de noe dyrere sulfonamidene. Noen særlig industristyrte markedsføring av metformin har ikke foregått i disse årene. Salget av acetylsalisylsyre har gått sterkt opp som tromboseprofylakse og er det fjerde mest solgte legemiddel i Norge. I 1994 brukte omtrent 125 000 nordmenn Albyl E (acetylsalisylsyre) daglig; i 2003 nesten 260 000 (personlig meddelelse fra Nycomed Pharma). Dette skyldes ikke intens markedsføring, men god informasjon fra dem som har fulgt med. Ikke er det på blåresept heller.

Nesten alle fremskritt innen diagnostikk og behandling som er kommet de siste 80 år, har skjedd i samarbeid mellom basalforskning, den farmasøytiske og medisinsktekniske industri og oss i helsetjenesten og hadde ikke vært mulig uten industrien. Fra mitt eget fagfelt: insulin, de nye insulinanalogene, plastsprøyter og engangskanyer, insulinpinner, egenmåling av blodsukternivå, insulinpumper, alle de medikamenter vi bruker, enkel bestemmelse av Hb A_{1c} og mikroalbumin på legekontoret. Slik er det på alle medisinske områder. Alle nye legemidler blir markedsført først etter omfattende utprøving. Knappt noen produktgruppe gjennomgår så langvarig og grundig uttesting. Myndighetene i USA, EU og Norge stiller omfattende krav til dokumentasjon av effekt, sikkerhet og bivirkninger. I de senere år er det dertil kommet krav om at nye legemidler også må ha en fordelaktig helseøkonomisk profil (for eksempel kostnad i forhold til nytte). Det koster i dag over 800 millioner amerikanske dollar å føre et nytt legemiddel gjennom prosessen til klinisk bruk, og dette tar 8–12 år (2). Med en patenttid på 20 år er det forståelig at markedsføringen kan bli intens. Bør patenttiden gjøres lengre? Bør

det offentlige gi penger til utforskning av nye legemidler som vil få størst bruk i utviklingsland, for eksempel midler mot malaria? Bør utviklingshjelpen betale for vaksiner, insulin og midler mot AIDS i utviklingsland?

Den kommersielle industrien har sine kommersielle mål, og vi leger skal være kritiske i vårt samarbeid med dem. Det vet jeg at de fleste av våre kolleger er. Industrien har oftest bedre kunnskap om sine produkter enn de fleste andre, og deres virksomhet er nøye regulert, også når det gjelder markedsføring. Industrien bidrar sterkt til finansieringen av nasjonale og internasjonale faglige møter, uten å sitte i programkomiteene. Firmaenes utstillinger er viktige kilder til informasjon om tekniske og farmakologiske nyheter. Industrien har dessuten tatt på seg en oppgave som burde vært ivaretatt av andre; de har sørget for at leger har kunnet delta på internasjonale kongresser som er helt avgjørende for å holde norsk helsevesen faglig oppdatert. Problemet er ikke at mye forskning er betalt eller støttet av industrien, for det meste av denne forskningen er industrien pålagt for å få godkjent sine medikamenter. Problemet er at forskning på andre behandlingsmetoder, for eksempel endring av levemåte, blir tildelt for få midler. Problemet er heller ikke at industrien informerer for mye, men at industriuavhengig informasjon får så lite midler. Innen alle yrkesgrupper finnes brodne kar, og slik er det også i helsetjenesten. Industrien er heller ikke unntatt. Den blir imidlertid tettere overvåket enn de fleste andre.

I den aktuelle annonsen kreves det at man må «sikre innsyn, informasjonsplikt og kontroll når leger deltar i utprøving av legemidler.» Dette må være skrevet mot bedre vitende. Alle som har vært involvert i kliniske utprøvinger, vet godt at offentligheten allerede er sikret slikt innsyn, informasjon og kontroll. Kliniske utprøvinger må meldes den regionale forskningsetiske komité, Legemiddelverket, og som regel også Datatilsynet. De fleste sykehus har egne organisasjoner som inngår en økonomisk avtale med firmaet som er oppdragsgiver. En stor del av kvalitetskontrollen består i at forskningskyndige monitørere kontrollerer at de data som legene rapporterer om sine pasienter, er korrekte og etterprøvbare.

Jeg har for øvrig lest Paris-deklarasjonen (4), som etter sigende har inspirert annonsørene. Denne erklæringen inneholder ikke ett

ord om helsetjenesten, legemiddelindustrien eller medisiner. Jeg er en absolutt tilhenger av ytringsfriheten, også at man har lov til å dumme seg ut i full offentlighet. Likevel har jeg vanskelig for å godta at kolleger i en stor, moraliserende og selvgod annonse sår generell tvil om at jeg og mine kolleger først og fremst har den enkelte pasients beste som hovedmål for vår legevirksomhet. Og det uten noen form for dokumentasjon.

Jak Jervell
Oslo

Oppgitte interessekonflikter: Jeg har mottatt gratis skole og utdanning fra samfunnet, lønn fra stat, fylkeskommuner, Universitetet i Oslo og Norsk Diabetikersenter. Jeg har fått honorarer fra trygdekontorer, for foredrag i mange foreninger, offentlige organisasjoner, Norges Diabetesforbund og på møter i industriens regi. Oppdragsforskning har vært betalt gjennom Medinnova og gått til avdelingens forskningsfond. Jeg har fått betalt reiser til internasjonale møter, noen ganger av farmasøytisk industri og noen ganger av Norges Diabetesforbund, enten direkte eller som reisestipend. Arbeidsgiver (universitetet, Rikshospitalet) har betalt reiser noen ganger, og noen ganger har internasjonale organisasjoner (FN, WHO, International Diabetes Federation) eller Utenriksdepartementet betalt. Av og til har jeg reist uten støtte. Jeg har alltid hatt permisjon av min arbeidsgiver når jeg har deltatt på faglige møter. I en treårsperiode da jeg arbeidet internasjonalt, betalte sentrale myndigheter to tredeler av min lønn til Rikshospitalet, og Rikshospitalet ansatte en ekstra lege ved den seksjonen jeg var leder for. I en periode inngikk Norges Diabetesforbund og et farmasøytisk firma avtale med Rikshospitalet og meg om at forbundet skulle betale halvparten av min lønn til Rikshospitalet for at jeg skulle stå friere til å arbeide med diabetes nasjonalt og internasjonalt. Avtalen ble gjort kjent for Norges Diabetesforbunds fagråd. I 15 år var jeg medisinsk medarbeider i Norges Diabetesforbund, de to siste årene mot en mindre godtgjørelse. Jeg har vært med i organiseringen av en rekke nasjonale og internasjonale diabeteskongresser uten vederlag.

Litteratur

1. Gaede P, Vedel P, Larsen N et al. Multifactorial intervention and cardiovascular disease in patients with type 2 diabetes. *N Engl J Med* 2003; 348: 383–93.
2. Tall og fakta 2004. Oslo: Legemiddelindustriforeningen, 2004. (www.lmi.no (7.6.2004).)
3. Legemiddelforbruket i Norge 1999–2003. Oslo: Nasjonalt folkehelseinstitutt, 2004. (www.legemiddelforbruk.no (7.6.2004).)
4. Paris declaration. www.parisdeclaration.org (7.6.2004).