

Hensikten med reseptregisteret er først og fremst å gi datagrunnlag for forskning som kan fremme riktig medisinbruk

Reseptregisteret kan redde liv

FNs utviklingsprogram har igjen kåret Norge til verdens beste land å leve i (1). Ser vi bort fra det problematiske i å tallfeste hvordan vi egentlig har det, burde slike økonomisk funderte rangeringer suppleres med andre typer data, for eksempel om befolkningenes bruk av antidepressive legemidler. Omsetningsstatistikken for legemidler, som i Norge har eksistert siden 1960-årene, viser at bruken av antidepressiver skjød i været fra 1993 da de selektive serotoninreopptakshemmerne (SSRI) ble lansert. Dagens forbruk er rundt tvedoblet siden 1962, og i Vest-Agder bruker man rundt tre ganger så mye antidepressiver som i Finnmark (2). Inntil 2004 var slike sammenlikninger det lengste vi kom ved hjelp av offentlig statistikk.

I 2004 ble det etablert et nasjonalt reseptregister. Alle resepter løst inn på apotek blir nå lagt inn i et sentralt og personentydig register faglig forankret ved Folkehelseinstituttet. Den første vitenskapelige artikkelen med data herfra handler nettopp om bruk av antidepressive legemidler og publiseres i dette nummer av Tidsskriftet (3). Til sammen 270 000 nordmenn var i løpet av 2004 innom et apotek med resept på et antidepressivt legemiddel, hver tiende kvinne i 40-årsalderen og hver sjettede i 80-årene bruker antidepressive legemidler (3). Slike data er langt mer informative enn opplysninger om at totalforbruket utgjør 52,2 definerte døgndoser per 1 000 innbyggere per døgn (2).

Hvorfor trenger vi et reseptregister? I første fase av planleggingen ønsket tilsynsmyndighetene seg et redskap for å identifisere forskrivere som overtrådte reglene. Etter påtrykk fra fagmiljøene (4) skiftet fokus fra kontroll til fagutvikling og forskning (5). Reseptregisteret skal fortsatt gi administrativ oversikt over hvor offentlige helsekroner til legemidler, i 2004 rundt 10 milliarder kroner, tar veien. Men hovedformålet med reseptregisteret, slik det er vedtatt av Stortinget, er at registeret skal fremme riktig legemiddelbruk og bidra til en bedre helsetjeneste gjennom å levere data til kvalitetsforbedring og farmakoepidemiologisk forskning. Ved å gi den enkelte forskriver tilgang til egne forskrivningsdata, blir reseptregisteret et verktøy for egen kvalitetsforbedring. I nær fremtid vil dette bli testet ut i allmennlegers etterutdanningsgrupper i prosjektet Kollegabasert Terapiveiledning ved Seksjon for allmennmedisin, Universitetet i Oslo.

Medisinbruk er en viktig indikator på utbredelse av sykdom og plager i befolkningen. Antall brukere av diabetesmidler gir for eksempel et godt mål på utbredelse av behandlingskrevende diabetes. Farmakoepidemiologisk forskning handler om studier av legemidlers bruk og effekter i befolkningen. I studier om bruk analyseres mønstre og variasjoner i medisinbruk og legers forskrivningspraksis. Effektstudier kan handle om at vanlig bruk faktisk gir helsegevinster som vist i kontrollerte studier. Vel så viktig er det å undersøke negative effekter, for medisiner kan gi iatrogen skade. Eksempler på langsiktige skader er medfødte misdannelser, kreft og andre sykdommer. Kortsiktige effekter er først og fremst bivirkninger og interaksjoner som, sammen med feilbruk, er årsak til rundt hver tiende innleggelse i en medisinsk sykehusavdeling (6), der de medvirker til nærmere hvert sjettede dødsfall (7).

Når et nytt legemiddel lanseres på markedet, er det ofte bare testet ut mot placebo blant selekterte pasienter i en relativt kort tidsperiode. Slike eksperimentelle studier egner seg imidlertid ikke

til å kartlegge legemidlers sikkerhet over lang tid i befolkningen. Her trengs det derfor også reell viten basert på forskning der man på individnivå kan sammenkoble data om legemiddelbruk (fra et reseptregister) med korresponderende data om aktuelle helseeffekter, for eksempel hentet fra et fremtidig personentydig norsk pasientregister. Slik praktisk nyttig forskning gjøres i stor grad i andre land. Et dansk eksempel er studien som viste at samtidig bruk av SSRI-preparater og ikke-steroid antiinflammatoriske legemidler (NSAID), potenserer risikoen for gastrointestinale blødninger sammenliknet med bruk av et NSAID-middel alene (8).

Etableringen av det norske reseptregisteret er viktig, men registeret har sine begrensninger. Som et politisk kompromiss ble reseptregisteret pseudonymt, dvs. at pasienters personnummer erstattes av krypterte, men entydige pseudonymer som gjør det umulig å identifisere hver enkelt legemiddelbruker. I 2004 var det derfor ikke mulig å bruke reseptregisteret til å identifisere brukere av rofecoxib (Vioxx). Ved sammenstilling av data fra reseptregisteret med andre helsedata, må dataene krypteres på samme måte som reseptregisteret før datakobling er mulig. Det gjenstår å se om dette vil begrense den forskningsmessige nytteverdien av registeret. I så fall bør pseudonymiseringen revurderes. Mange i Norge er skeptisk til bruk av personnummer i helseregistre til tross for at vi har hatt personentydige helseregistre i 150 år uten kjente tilfeller der bruken av personnummer har kompromittert personvernet (9). Det er lærdom å hente fra erfaringene med jøderregisteret fra 1932, som åtte år senere var en hjelp for okkupanten til å ta jødiske liv, men eksemplet har begrenset relevans for diskusjonen om dagens helseregistre. Gode helseregistre vil gjennom forbedringer i helse-tjenesten tvert imot redde liv (9).

Jørund Straand

jørund.straand@medisin.uio.no

Jørund Straand (f. 1951) er dr.med., spesialist i allmennmedisin og professor ved Seksjon for allmennmedisin, Institutt for allmenn- og samfunnsmedisin, Universitetet i Oslo.

Oppgitte interessekonflikter: Ingen

Litteratur

1. Kagge G. Verdens beste land – igjen. Aftenposten (morgenutgaven) 27.8. 2005.
2. Legemiddelforbruket i Norge 2000–2004. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2005.
3. Bramness JG, Hausken AM, Sakshaug S et al. Forskrivning av selektive serotoninreopptakshemmere 1990–2004. Tidsskr Nor Lægeforen 2005; 125: 2470–3.
4. Eggen AE, Straand J, red. Pharmacoepidemiology. Temanummer. Nor J Epidemiol 2001; 11.
5. Furu K. Drug utilisation in a public health perspective. Establishing a national prescription register in Norway. Nor J Epidemiol 2001; 11: 55–60.
6. Hallas J. Drug related hospital admissions in subspecialties of internal medicine. Odense: Odense universitet, 1995.
7. Ebbesen J, Buajordet I, Erikssen J et al. Drug-related deaths in a department of internal medicine. Arch Intern Med 2001; 161: 2317–23.
8. Dalton SO, Johansen C, Mellemkjær L et al. Use of selective serotonin reuptake inhibitors and risk of upper gastrointestinal tract bleeding: A population-based cohort study. Arch Intern Med 2003; 163: 59–64.
9. Ørstavik R, red. Helseregistre redder liv. Oslo: Folkehelseinstituttet, 2005.