

Odd Brørs' grunnleggende kunnskaper i farmakologi var lenge noe mangelfulle – fordi han skrev oppgave istedenfor å ta eksamen i faget. Nå har han vært seksjonsoverlege ved seksjon for klinisk farmakologi ved Ullevål universitetssykehus i 15 år, og ingen kan beskyldte ham for ikke å ha tatt igjen det tapte.

## Intervjuet: Odd Brørs

# Medisinmannen

Jeg har hatt Brørs som foreleser og har dermed et fortrinn når det gjelder å forstå hva en klinisk farmakolog gjør. Det aner meg at ikke alle har det klart for seg.

– Ikke engang alle leger vet at det er forskjell på farmasøyter og farmakologer, nærmest sukker han.

– Hvordan skal man forklare det enklest mulig?

– En klinisk farmakolog har legeutdanning, det er den viktigste forskjellen. Etter studiet har man spesialisert seg i hvordan legemidler virker. Farmakologer har dermed god forståelse av sykdom og behandling. Noen pasienter har meget kompliserte sykehistorier, og det krever stor kunnskap å skreddersy behandlingen. Dessuten må man forstå hvordan legemidlene virker sammen og i kroppen. Med nye hjelpemidler som genotyping blir mulighetene for skreddersydd behandling enda større. Å forklare innholdet i spesialiteten ville kanskje vært enklere hvis den hadde hatt et annet navn.

– Hva skulle det være?

– Vi har diskutert det, men har ikke kommet frem til noe godt alternativ.

I Trondheim heter det som tilsvarer vår avdeling «legemiddeldelingen». Det er kanskje mer selvforklarende.

### Lite fag

– I Norge er ikke faget blitt like stort som i Sverige og andre land det er naturlig å sammenlikne med. Hva må til for at det skal komme mer på banen?

– Det er et godt spørsmål. Jeg tror mye av forklaringen på hva de har fått til i Sverige ligger hos én mann som har stått på og fått utrettet utrolig mye. Vi har ikke hatt noen som har greid å gjøre tilsvarende i Norge. Det skyldes nok delvis at det er en ung spesialitet, den ble først godkjent i 1988. Faget ble bygd opp i en tid da det var mye konkurranse om ressursene. Vi har slåss hardt for å få stillinger. Da jeg begynte ved Ullevål universitetssykehus i 1991, var

det én legestilling. Først etter 15 år fikk vi ytterligere en overlegestilling.

– Det var lenge å jobbe alene som overlege?

– Ja, blant annet har det ikke latt seg gjøre å ta overlegepermisjon. Etter hvert fikk vi to assistentlegestillinger. Nå som vi er fire, begynner det virkelig å bli morsomt. Faget har vært spennende hele tiden, men vi har jobbet mye i motvind.

– Har det vært hard kamp for å få midler?

– Det er vanskelig å skaffe midler til analyseutstyr. Det skulle bli lettere etter omorganiseringen i helseforetak, men det har ikke slått til for vår del. Man må ha en god porsjon tålmodighet – sykehuset har hatt mange direktører, og det er langt til toppen. I det øyeblikket man tror man har fått gehør, kommer det en ny direktør, og så må man begynne på nytt.

Vårt viktigste instrument, en væskekrumatograf, har vi bare til leie. Mange av instrumentene vi bruker er rutineinstrumenter, og dermed er det vanskelig å få en del av forskningspotten til innkjøp.

– Hva forsker dere på?

– For tiden har vi et prosjekt hvor vi forsker på hjerteceller i forhold til hjertesvikt. Et annet prosjekt under oppstarting dreier seg om medikamenter som gir blødning, altså bivirkningsorientert forskning. Her jobber vi sammen med RELIS og med sykehusavdelinger, da først og fremst gastromedisin.

### Tjenester på nett

– Et relativt nytt nettsted – legemiddelportalen.no – har dukket opp. Kan du fortelle mer om dette?

– Det var Øyvind Melien ved klinisk farmakologisk avdeling ved Rikshospitalet som hadde ideen. Vi farmakologer holder bare til på regionsykehus, derfor ønsker vi å bruke nettstedet til å fortelle om hvilke tjenester vi kan tilby. Det skal være et kommunikasjonssted på nettet, et sted hvor helsepersonell kan henvende seg med spørsmål. Portalen er et samarbeid mellom Ullevål universitetssykehus og Rikshospi-

talet, og vi håper at det kan bli et samarbeidspunkt for alle avdelinger i klinisk farmakologi.

– Hos dere er klinisk farmakologi en del av medisinsk biokjemi. Er dette en naturlig inndeling?

– Når man ikke har budsjettansvar, mister man styringsmuligheter. At spesialiteten mange steder ligger under en annen spesialitet, og da gjerne medisinsk biokjemi, synes jeg er uheldig.

### Legemiddelmeldingen

I 2004 besluttet Stortinget at man skulle ha en bred gjennomgang av blåreseptordningen, og i 2005 kom stortingsmeldingen *Rett kurs mot riktigere legemiddelbruk*, kalt Legemiddelmeldingen.

– Ble fagmiljøet for lite brukt i utarbeidningen av Legemiddelmeldingen?

– Vi hørte at man jobbet med den, og etter hvert ble vi bedt om å komme med innspill. Det gjorde vi via Legeforeningen, men det vi kom med, ble i liten grad tatt med. Totalt tror jeg det står fire linjer om klinisk farmakologi. Vi ble litt forundret over det.

– Er det mye politikk i legemiddelbruk?

– Det som kan sies å være norsk legemiddelpolitikk, har vært definert av det som het Statens helsetilsyn og det som nå heter Sosial- og helsedirektoratet. Politikken har i stor grad vært preget av farmasøyter og jurister. Det kan virke som om de som står bak meldingen, tror at retningslinjer skal redde verden. Det er ikke bare et norsk fenomen.

– Er ikke retningslinjer viktig?

– Det er verdifullt at litteraturen på et område blir oppsummert, men jeg er i tvil om det er nødvendig at hvert land har sine retningslinjer. Vi er dessuten bekymret for ressursene nedover i systemet. Det finnes ingen retningslinjer om at man må lese retningslinjene som kommer. Målet med Legemiddelmeldingen skulle være lavere kostnader og færre bivirkninger av medisinbruk. Jeg tror man i større grad må se på



## Odd Brørs

Født 15. oktober 1946

- Cand.med. Universitetet i Oslo 1972
- Dr.med. 1982
- Godkjent spesialist i klinisk farmakologi 1989
- Seksjonsoverlege og professor II ved seksjon for klinisk farmakologi og toksikologi, Ullevål universitetssykehus, 1991

Foto Marit Tveito

leddet der forskrivning skjer. Forholdene må ligge til rette for at legene skal kunne oppdatere seg og bli bedre. Retningslinjer er bra, men pasientene er forskjellige, og ofte må man skreddersy behandlingen. De som behandler, må ha tilgang til råd og hjelpemidler, og der kommer vi inn i bildet. Noen ganger er det viktig å måle konsentrasjon av legemidler i blodet og kanskje til og med genotype pasienten. Man må i noen tilfeller bruke mye ressurser på å gjøre behandlingen rasjonell.

### Nettbasert spesialisering

– Dere hadde et pilotprosjekt i undervisning. Hva gikk det ut på?

– Som et ledd i utdanningen skal assistentleger ha to timer internundervisning i uken. Våre avdelinger har vært så små at det har vært utfordrende å fylle dette. Det ble lagt opp til å teste Internett-kurs i spesialistutdanningen, og Øyvind Melien snappet opp dette. Vi laget et kurs som gikk over ett år hvor alle utdanningsstedene var med, og det utgjorde totalt mellom 15 og 20 assistentleger.

– Hvordan har møtene foregått?

– Vi har hatt to møter i måneden, med PowerPoint-presentasjoner og samtidig telefonmøte. Tilbakemeldingene på dette var så bra at vi arbeider med å videreføre erfaringene i et nytt nettkurs. Materialet kan dessuten brukes til undervisning av medisinstudenter, og kanskje også til utdanning i andre spesialiteter.

– Er det andre fordeler med slike kurs?

– Vi dekker feltet bedre ved å samarbeide, og det bedrer kontakten mellom de forskjellige regionene. Det har vært miljøskapende for de yngre legene, og det er også viktig.

– Har poliklinisk virksomhet noe for seg i klinisk farmakologi?

– Ja, jeg tror det. Det er ikke få pasienter som får såpass kompleks medisinerings behandling at det blir ganske uoversikkelig når det gjelder bivirkninger og interaksjoner. I flere andre land har man hatt slike poliklinikker, og

det bør nok legges opp i samarbeid med andre spesialiteter. Jeg har hatt så liten tid at jeg nesten ikke har tort tilby mine tjenester til kolleger, slik arbeidsvilkårene har vært. Man skal ikke få mange spørsmål før man ikke har tid til å gjøre resten av jobben sin.

### Medisin og industri

– Det er nokså umulig i den stillingen jeg er i å la seg påspandere turer av legemiddelfirmaer. Da ville troverdigheten bli svekket. Jeg jobber blant annet med helseforetakets innkjøpsordning for medisiner.

– Hva synes du om disse ordningene?

– Det er noe vi er blitt pålagt ovenfra, og det er komplisert samfunnsøkonomi. Et firma kan for eksempel dumpe prisen på et preparat til sykehusene, slik at mange pasienter skrives ut med det. Så må de betale full pris så lenge de bruker det siden.

– Hva tror du styrer legers anvendelse av medikamenter?

– Jeg tror vi velger ut ifra hva vi tror er best for pasienten. Men det er lett å bli påvirket av både kolleger og legemiddelindustrien. Det er ikke tilfeldig at det brukes millioner av kroner på markedsføring av nye preparater. Det krever mye kunnskap å gjøre uavhengige beslutninger. Jeg vil tro at man kjøper det man blir servert, i beste mening. Vi ser at preparater som ikke blir markedsført, ikke blir brukt.

– Hva synes du om statlige styringsmekanismer for valg av behandling?

– For statiner har man forhandlet seg frem til best pris på ett statin. Jeg mener det ville være bedre å refundere et fast beløp for statinbehandling. Vi risikerer at de andre statinene blir så lite brukt at de ikke blir registrert på nytt. Alternativer forsvinner, og dette kan til slutt være til skade for pasientene våre. Det er vanskelig å spå om fremtiden, men all erfaring tilsier at et preparat blir avregistrert ved manglende lønnsomhet.

– Hvilke kår har industriuavhengig informasjon?

– Det brukes for lite midler. I Danmark har de noe som heter Institutt for rasjonell farmakoterapi, og jeg er med i en gruppe som skal vurdere dette systemet. De omtaler alle nye legemidler som kommer, og sier også om de synes de er verdt å bruke. Det kommer et blad hver måned, hvor de tar for seg ett område hver gang. De holder kurs rettet mot leger, og bestreber seg på å gi nøytral informasjon. Dessuten er det offentlig ansatte leger som reiser rundt til kolleger som legemiddelkonsulenter. Det er en god ordning.

### Tok ikke eksamen

– Hvordan oppstod interessen for farmakologi?

– Da jeg studerte medisin, åpnet de for at man kunne gjøre et forskningsprosjekt i stedet for å ta eksamen i farmakologi. Jeg skrev oppgave. Det ble vel kanskje noen huller i basalkunnskapen fordi jeg ikke fikk lest grundig til en eksamen, men jeg ble bitt av basillen og ble i faget. Senere har det mange ganger slått meg hvor bredt dette feltet er. Det tok lang tid før jeg følte at jeg hadde nok kunnskap.

– Hvor håper du at faget står om ti år?

– Da spesialiteten var ny, hadde vi en visjon om at faget etter hvert skulle finnes ved alle sentralsykehus. Nå er ikke det så opplagt, vi ønsker nok heller at spesialiteten bygges ut på regionsykehusnivå. Det blir for lavt nivå hvis man skal sitte alene på hvert sitt sykehus. Større enheter er viktig for at man skal få mulighet til å gå i dybden.

Brørs virker tilfreds med jobben og livet. Men de aller fleste mennesker har en uopplylt drøm.

– Er det noe du drømmer om å få gjort?

Han tenker seg lenge om.

– Jeg drømmer vel om forskningspermisjon, det ville vært fint. Det kan du skrive.

### Marit Tveito

marittveito@hotmail.com  
Nesset legekontor