

Uriktig forskningsformidling om SSRI-hemmere?

I en kronikk i Aftenposten 12.2. 2007 skriver Jørgen G. Bramness og Fredrik A. Walby at «i årene etter at nye medikamenter mot depresjon kom på markedet, sank antall selvmord med opptil 150 pr. år», og at «ut fra dette resultatet hadde introduksjonen av de nye antidepressivene en klar folkehelsegevinst» (1). Dette er basert på en norsk studie som nylig er publisert (2). På Folkehelseinstituttets nettside heter det bl.a.: «To ting er nye i denne undersøkelsen: Effekten gjelder ikke bare SSRI-preparatene, men alle nyere antidepressiver og effekten var synlig de første årene etter at midlene ble introdusert» (3). Leder for Seksjon for selvmordsforskning og -forebygging ved Universitetet i Oslo (SSFF) har ved flere tidligere anledninger gått ut på tilsvarende måte i mediene og hevdet at «ekspertene ikke er i tvil om at denne nedgangen på 30 % har sammenheng med bruken av lykkepiller» (4). Einar Kringlen har imøtegått disse synspunktene i Aftenposten (5).

Nedgangen på 30 % (egentlig 25 %) fra 1988 til 1994 kan umulig skyldes selektive serotoninreopptakshemmere (SSRI), ganske enkelt fordi det første SSRI-preparatet (paroxetin) fikk markedsføringstillatelse i Norge først fra 1.4. 1993 (6). Salget av SSRI-preparater før dette tidspunktet var praktisk talt null. Det er heller ikke riktig at preparatene har hatt en såkalt klar folkehelsegevinst, ettersom sykkeligheten i befolkningen utviklet seg i negativ retning etter at midlene ble introdusert på markedet. Tilsvarende gjelder selvmord: På det tidspunkt salget av SSRI-preparater oppnådde et nivå som kunne ha påvirket antall selvmord, dvs. fra og med 1994, økte antall selvmord fra 1994 til 1995 (+ 3,2%) for så å stabilisere seg (7).

En av forfatterne av den nevnte studien (2) har for øvrig mottatt betaling for foredrag som han har holdt på vegne av legemiddelfirmaer som selger SSRI-preparater. SSFF, der han er ansatt, deltar m.a.o. tilsynelatende aktivt i markedsføringen av disse legemidlene.

Svein Reseland
Hosle

Litteratur

1. Bramness JG, Walby FA. Selvmord kan forebygges. Aftenposten 12.2.2007.
2. Bramness JG, Walby FA, Tverdal A. The sales of antidepressants and suicide rates in Norway and its counties 1980–2004. *J Affect Disord* 2007. E-publisert 12.1.2007.
3. Behandling av depresjoner forebygger selvmord. www.fhi.no/ [9.2.2007].
4. Mehlum L. Lykke med piller. TV2-nyheter. 1.3.2000.
5. Kringlen E. Kan selvmord forebygges? Aftenposten 2.3.2007.
6. Reseland S, Bray I, Gunnell D. Relationships between antidepressant sales and secular trends in suicide rates in the Nordic countries. *Br J Psychiatry* 2006; 188: 354–8.
7. Hem E. Hvorfor faller ikke selvmordsraten i Norge? *Tidsskr Nor Lægeforen* 2003; 123: 2240.

J. Bramness & F.A. Walby svarer:

Det er selvsagt riktig at vår formulering om at antall selvmord sank «med opptil 150 pr. år» kan misforstås. Det er ikke snakk om en slik reduksjon i selvmordsraten hvert eneste år – da ville jo selvmord som fenomen være borte på 3–5 år! Det vi mener er at antall selvmord i Norge sank fra rundt 650–700 per år rundt 1990 til rundt 550 per år i midten av 1990-årene. Det er en stor nedgang, og det er viktig å undersøke mulige forklaringer.

Vi er enige med Reseland om at den største salgsøkningen for antidepressiver kom med paroxetin i 1993. Men dette var ikke den første selektive serotoninreopptakshemmeren (SSRI) i Norge. I 1990 kom fluvoksamin. Tidligere hadde vi fått andre nyere antidepressiver som mianserin og moklobemid. Et av hovedfunnene i vår studie er at nedgangen i selvmordsrate ikke er relatert til den store salgsøkningen av SSRI-antidepressiver i 1990-årene, men til de små salgsøkningene før dette. Sammenhengen kan m.a.o. ikke tilskrives SSRI-antidepressiver, men kanskje først og fremst andre antidepressiver.

Økologiske studier kan ikke si noe om årsakssammenhenger, og observert samvariasjon kan skyldes andre, bakenforliggende faktorer. Når psykisk lidelse (1), spesielt depresjon (2), er av de viktigste årsakene til selvmord, er det likevel naturlig å undersøke nærmere om behandling av affektive lidelser kan forklare nedgangen i selvmordsrate. Om det er medikamentene som sådan eller fenomenet relatert til dette, slik som økt oppmerksomhet rundt diagnostisering og behandling av depresjon blant pasienter, pårørende og leger, eller en generell behandlingsoptimisme, kan ikke vi si noe om.

Det har vært et viktig poeng for oss å understreke disse alternative forklaringene til våre funn (3, 4). Vi er derfor overrasket over styrken i de motinnlegg vi er blitt møtt med, blant annet i Aftenposten (5, 6) og nå i Tidsskriftet. Vårt hovedfunn er bekreftet i 16 studier i 11 land. Vår tolking av funnene er etter vår oppfatning nøktern. Skulle vi underkjent en sannsynlig tolking og avvist antidepressiv behandling som en mulig forklaring? Etter vår oppfatning ville det vært langt mer problematisk. Vi er derfor uenig i at vi har formidlet vår forskning uriktig.

At Folkehelseinstituttet skulle delta aktivt i markedsføringen av nyere antidepressive legemidler, er en absurd påstand. Det er usaklig og grenser mot personforfølgelse når Reseland hevder at ansatte på Folkehelseinstituttet mottar penger fra legemiddelindustrien. Dette er selvsagt ikke sant, til tross for Reselands gjentatte påstander.

Jørgen G. Bramness
Nasjonalt folkehelseinstitutt

Fredrik A. Walby
Universitetet i Oslo

Litteratur

1. Harris E, Barraclough B. Suicide as an outcome for mental disorder. A meta-analysis. *Br J Psychiatry* 1997; 170: 205–28.
2. Cavanagh J, Carson A, Sharpe M et al. Psychological autopsy studies of suicide: a systematic review. *Psychol Med* 2003; 33: 395–405.
3. Bramness JG, Walby FA. Selvmord kan forebygges. Aftenposten 12.2.2007.
4. Bramness JG, Walby FA, Tverdal A. The sales of antidepressants and suicide rates in Norway and its counties 1980–2004. *J Affect Disord* 2007; 12: 12.
5. Hytten K, Råbu M. Hjelper piller mot selvmord? Aftenposten. 22.2.2007.
6. Kringlen E. Kan selvmord forebygges? Aftenposten 2.3.2007.

Legene og klimaforandringene

Jeg takker for tilsvarene i Tidsskriftet nr. 8/2007 fra Knut Erling Moksnes, Torunn Janbu og Charlotte Haug om hva leger kan bidra med i klimaspørsmålet (1–3). De beskriver en rekke tiltak som kan gjennomføres i Legenes hus, i kurs- og konferansesenteret Soria Moria, på egne arbeidsplasser og privat. Summen av slike små og store tiltak kan være avgjørende, og eksemplets makt er viktig.

Men kanskje bør legene gå lenger? Moksnes foreslår å stifte en forening, Leger Med Grenser, som utarbeide fagstoff og undervisningsmateriale om klimaendringene og være pådriver overfor kolleger, arbeidsteder, helseforetak og legemiddelindustri for at de skal bli klimavennlige (1). Jeg er enig med ham om dette; en slik forening kan også gi råd til politikere og andre beslutningstakere. Et par eksempler:

Mange politikere er nå raskt ute med forslag for å redusere klimagassutslipp. Aftenposten forteller 30.4. at innen fem år skal minst 10 % av drivstoff som selges på bensinstasjoner være biobrennstoff (4). Dette kan bidra positivt i klimaregnskapet, men hva med helseeffektene? Etanol anses ofte som et renere brennstoff enn bensin, men tidsskriftet *New Scientist* har nylig referert undersøkelser som delvis viser det motsatte: Avgassene inneholder færre karsinogener, som bensen og butadien, men 20 ganger så mye acetaldehyd (5). Acetaldehyd kan sammen med sollys danne ozon, som virker sterkt irriterende på respirasjonsveiene. Totalt kan altså helseeffektene bli verre. Videre er en vesentlig andel av etanol- og biodieselproduksjonen basert på korn, mais, raps og soya. Drivstoff til biler vil da komme i konkurranse med mat til mennesker. Spørsmålet er altså komplisert. Folk med medisinsk kompetanse burde være med og vurdere momenter for og imot før det blir tatt beslutninger.

En stor del av bensin og diesel til personbiler går til korte turer og mye kjøring. Hvis folk i større grad gikk eller brukte sykkel til arbeidet eller brukte offentlige transportmidler, ville klimagassutslippene