

Blodtrykksmidler, markedsføring og forskning

Knud Landmark har en tankevekkende og opplysende artikkel i Tidsskriftet nr. 6/2001 (1) hvor budskapet er at den overveldende dokumentasjon av tradisjonelle antihypertensiver (tiazider og betablokkere) ikke er overensstemmende med utviklingen av legenes forskrivningsvaner. Det er et tankekors for så vel Landmark som andre at nyere udokumenterte legemidler tas i bruk i stort omfang uten at dokumentasjon på sykkelighet og dødelighet foreligger. Utgiftene, som for en stor del belastes fellesskapet, er investeringer som ingen kjenner nytteverdien av. Landmark hevder at tiazider tidligere ikke er blitt anbefalt til diabetikere, som en årsak til tilbakegangen når det gjelder forskrivning av dokumentert legemiddelbehandling. Dette er en sannhet med modifikasjoner. I læreboken i klinisk allmenntidsskrift (2) og det nye handlingsprogrammet til Norsk selskap for allmenntidsskrift (3) slås det fast at dokumentasjonen av tiazider er overbevisende ikke minst hos type 2-diabetikere. I handlingsprogrammet heter det at «det er spesielt viktig å merke seg at behandling med lavdose diuretika er en svært kostnadseffektiv intervensjon med få eller ingen subjektive og biokjemiske bivirkninger. Denne medikamentgruppe har en spesielt gunstig effekt hos diabetikere (3)».

Når det trass i dokumentasjon og anbefalinger skjer en forskyvning mot dyrere alternativer, må det ha andre og ikke medisinske forklaringer. Landmark nevner legemiddelindustriens fortjenestemuligheter. En annen viktig grunn er markedsføring kamuflert som forskning. Toneangivende spesialister stiller seg i spissen for «forskningsprosjekt» med klare markedsføringsmålsettinger. Nylig har Regional komité for medisinsk forskningsetikk for Helseregion Sør godkjent et prosjekt der pasienter under etablert blodtrykksbehandling blir behandlet med angiotensin II-blokkeren valsartan (for samfunnets regning?) med effekt mål: oppnådd blodtrykkskontroll etter ½ års behandling! Det kan neppe forsvareres medisinsk, og i hvert fall ikke forskningsetisk. Er det ikke nå på høy tid at Den nasjonale forskningsetiske komité for medisin gir retningslinjer som setter grenser for denne type «forskning»?

Bergen

Eivind Meland
eivind.meland@isf.uib.no
Seksjon for allmenntidsskrift
Universitetet i Bergen

Litteratur

1. Landmark K. Er de nyere antihypertensive medikamentene bedre og mer effektive enn diuretika? Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 701–5.

2. Meland E, Hafting M, Hetlevik I, Holmen J, Hunskaar S, Standnes B et al. Hjerne og kretsløp. I: Hunskaar S, red. Allmenntidsskrift. Klinisk arbeid. Oslo: Ad Notam Gyldendal, 1997: 193–231.

3. Meland E, Ellekjær H, Gjelsvik B, Kimsås A, Holmen J, Hetlevik I. Medikamentell forebygging av hjerte- og karsykdommer i allmennpraksis. Tidsskr Nor Lægeforen 2000; 120: 2643–7.

God potensforskning? Ja takk!

Våre tidligere innlegg om EDIN-studien (1–3) har fått Stein Vaaler og medarbeidere til å undres, Tidsskriftet nr. 8/2001 (4). Erekttil dysfunksjon kan utvilsomt være et problem hos menn. Det er derfor positivt at det drives forskning på problematikken, og det er selvsagt ønskelig at forskningen er av høy kvalitet. Med utgangspunkt i observasjoner i egen klinikk har Vaaler og medarbeidere foretatt en spørreskjemaundersøkelse blant pasienter over 40 år, som oppsøkte noen av legekantorene i Østfold (5). Studien bekrefter i hovedsak forskernes kliniske utgangspunkt, forekomsten av erekttil dysfunksjon henger sammen med alder og tilstedeværelse av sykdommer som disponerer for potensproblemer. Nødvendigheten av påvisningen kan diskuteres, men det er ingen feil å gjøre den.

Problemene melder seg når studien brukes til å promovere tanken om erekttil dysfunksjon som folkesykdom. Til tross for at forskerne ikke har spurt trønderne og nordmenn for øvrig, blir studien i medieomtalen, både i 1999 og 2001, formidlet til det norske folk som om resultatene har gyldighet for alle norske menn over 40 år. Det samme inntrykket formidles til landets leger gjennom Pzifers reklame. En mulig forklaring er at Vaaler og medarbeidere er blitt misforstått av journalister og reklamefolk. Deres bestrebelse på å formidle de vitenskapelige begrensningene ved studien, som de ikke har ønsket å legge skjul på, synes derfor å ha mislyktes. Når dette skjer gang på gang, er det psykologisk sett ikke overraskende at de undres om de har gjort noe galt. En mulig kilde til misforståelse kan være navnet på studien – Erekttil dysfunksjon i Norge (EDIN). EDPØ (Erekttil dysfunksjon hos pasienter i Østfold) er nok i så måte en mer presis benevnelse, men har utvilsomt ikke samme klang.

Mangelen på kunnskap om erekttil dysfunksjon, bekreftes av at den foreliggende studien er «en av verdens største undersøkelser om impotens» (6). Det er derfor grunn til å ønske videre forskning om temaet velkommen. Vi tror at en av forutsetningene for

god forskning på området, er en avklaring av begrepet erekttil dysfunksjon, for å unngå en medikalisering av menns aldringsprosess. Behovet for kunnskap om ereksjonens normalvariasjon synes derfor påtrengende. Forskning som i større grad plasserer problemet i sin mellommenneskelige kontekst, kan heller ikke skade.

At leger utvikler kommunikasjonsferdigheter i forhold til fenomener pasientene opplever som problematiske, er selvsagt bra. Vi stiller oss imidlertid undrende, om enn ikke overrasket, til at slike ferdigheter først blir viktige når det foreligger en pille for det som er ille.

Trondheim

John-Arne Skolbekken
johnnas@svt.ntnu.no
Psykologisk institutt

Siri Forsmo

Institutt for samfunnsmedisinske fag
Norges teknisk-naturvitenskapelige universitet

Litteratur

1. Skolbekken J-A. Potensforskning og markedsføring. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 621.
2. Skolbekken J-A. Om potensforskning og markedsføring 2001; 121: 859.
3. Forsmo S. Potens og prevalens. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 983.
4. Vaaler S, Lövkvist H, Svendsen K-OB, Furu-seth K. Potens og prevalens. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 983.
5. Vaaler S, Lövkvist H, Svendsen K-OB, Furu-seth K. Erekttil dysfunksjon hos norske menn over 40 år. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 28–32.
6. En tredel av menn over 40 har potensproblemer. Norsk telegrambyrå 23.1.1999.

Leger på langs – eller fiksjon på tvers?

I spalten Leger på langs siteres i nr. 8/2001 fra Aftenpostens omtale av en høyesteretts-sak hvor jeg var en av de sakkynndige (1). I denne saken om senfølger etter en bilulykke skal jeg ha *konkludert* med at forhold til far førte til somatisering og fysiske symptomer. Andre sakkynndige skal ha ment at ulykken var årsaken. Siden Tidsskriftet gjengir dette under overskriften Bastante konklusjoner II, er det rimelig å anta at spalteredaktøren formoder at sitatet er dekkende for de faktiske forhold og dermed et eksempel på en *for* bastant konklusjon fra en lege?

Som så ofte ellers er virkeligheten imidlertid ganske annerledes. Riktignok finnes det mange eksempler på at konflikter i forhold til viktige personer faktisk kan fremkalle akutte lammelser. Men i dette tilfellet grep advokaten fatt i et avsnitt fra en omfattende skriftlig utredning utarbeidet for Høyeste-

rett. Denne omhandlet alt vi vet om somatisering. I et avsnitt ble ulike teoretiske retningsforståelse av årsaken til dissosiative lidelser drøftet. Drøftelsen av empirisk forskning på dette område hadde imidlertid intet med min konklusjon i den aktuelle sak å gjøre. At ulykken med > 50% sannsynlighet i det nevnte tilfelle var den utløsende årsak, var det således ingen uenighet om blant de sakkyndige. Saken illustrerer hvor varsom man bør være med å anta at det foreligger korrekt gjengivelse av hva leger skal ha konkludert, når kilden er tredje eller fjerde-manns gjengivelser.

Når dette er sagt, skal det tilføyes at den aktuelle sak er svært interessant fordi det forelå et relativt lite biologisk traume som ikke gav påviselige biologiske senfølger, men som likevel førte til fullstendig invaliditet med symptomer tilsvarende multipel somatisering og dissosiative motorisk lidelse («funksjonelle lammelser»). Dette var riktignok forklarbart ut fra en rekke helt spesielle forhold ved personen og hans bakgrunn, men slike senfølger er overhodet ikke forventede ved så små traumer. Når Høyesterett gir mannen erstatning, åpner den derfor opp for en erstatningspraksis hvor man i større grad enn før skal ta personene som de er, og i mindre grad skal vektlegge om senfølgene er forventet ut fra traumets art og størrelse.

Oslo *Ulrik Fredrik Malt*

Litteratur

1. Bastante konklusjoner II. Tidsskr Nor Lægeforen 2001; 121: 998.

Egenandel

Etter å ha lest på tekst-TV om egenandeler man betaler ved legekonsultasjon har jeg noen andre ting jeg gjerne ville ha svar på.

Angående betaling ved prøve: TT (trombotest) er jo en prøve man er nødt til å ta på medisinsk grunnlag (livsviktig prøve sådan). I min kommune er det nå blitt bestemt kroner 65 per prøve, og det har hendt over lengre tid at man må ta den prøven hver uke. Etter at denne betalingen er blitt innført, er det også blitt fast fire uker mellom hver prøve. Hittil vet jeg to i min omgangskrets som det nesten gikk helt galt for. Min mann har nå tatt den prøven i seks år, blir behandlet med en dose 4–5 tabletter per dag og han har også nå fått beskjed om å komme til kontroll hver fjerde uke.

Mitt spørsmål er: Skal man virkelig betale for en prøve som tas på medisinsk grunnlag? Og hvorfor er det ikke likt over hele landet? For øvrig betaler vi i Karlsøy kroner 110 per legekonsultasjon.

Er det slik at trygdekontor i hver kommune kan lage sine egne lover?

I trygdeloven finnes en paragraf som sier at man har rett på rekvisisjon på behandling

som ikke kan gis i eget nærområde, og godtgjørelse av reise.

Jeg har astma og urinsyregikt og går mye til behandling hos fysioterapeut. Både lege og fysioterapeut synes jeg har godt utbytte av bassengtrening, noe som ikke finnes i min kommune, jeg må til Tromsø. I hele år 2000 reiste jeg en gang per uke til Tromsø på rehabiliteringssenteret for bassengtrening med fysioterapi. Trygdekontoret gav meg ingen hjelp med reiseregning; i september fikk jeg beskjed om at den fysioterapi jeg hadde, ikke hadde kommunalt tilskudd.

I år har de (trygdekontoret) gitt blankt avslag på slik rekvisisjon, heller ikke har de godtatt legens diagnose for slik behandling. Med til historien hører at jeg heller ikke får kostgodtgjørelse fordi det er ti minutter som mangler på at jeg er borte 12 timer hver gang.

Vannvåg

Borgny With