

# „Fullur beli, mamma!“



Pétur Pétursson

*“One of the first duties of a physician is to educate the masses not to take medicine. The desire to take medicine is perhaps the greatest feature which distinguishes man from animal.”*

(Sir William Osler)

Á liðnu hausti kviknaði umræða hér í fjölmiðlum og á Alþingi um lyfjamál og snerist hún einkum um samskipti lækna og lyfjafyrirtækja. Aukinheldur fjölluðu tveir máttarstólpur læknasamtakanna um þessi mál í síðasta Læknablaði í vönduðum greinum og tókst mætavel að halda persónulegum skoðunum sínum leyndum fyrir lesendum (1, 2). Er það lærðra manna háttur sem ber að taka hátiðlega. Umræða þessi leiðir hugann að þeirri staðreynd að lyfjaneyzla þjóðarinnar virðist fara sívaxandi og árlegur kostnaður TR vegna lyfja hefur aukizt á hálfum áratug úr 3,2 milljörðum í 4,7, þrátt fyrir tiltölulega stöðugt verðlag, og greiðir þó TR aðeins hluta af lyfjakostnaði þjóðarinnar. Á síðasta áratug jókst heildarlyfjanotkun þjóðarinnar úr 679 DDD/1000 íbúa í 953 eða um rúm 40%. Á sama árabili jókst hlutfall lyfjakostnaðar af heildarútgjöldum sjúkratrygginga TR úr 26,5% í 31,8% og varð sú aukning mestöll á seinni helmingi áratugarins. Af þessu leiðir að minna verður afgangur til annarra þarfa heilbrigðiskerfisins. Þar sem ekkert lát virðist ætla að verða á þessari þróun ber okkur læknum skylda til að brjóta málin til mergjar og komast að orsökum þessarar aukningar, því varla getur hún stafað af aukinni lyfjaþörf þjóðarinnar eða versnandi heilsufari sem þessu nemur. Hver og ein einasta lyfjaávisun okkar lækna felur því í sér ákveðna forgangsröðun sem okkur ber skylda til að rökstyðja og verja með beitingu gagnreyndrar læknisfræði (evidence based medicine). Ég mun í þessari grein leitast við að leiða að því rök að náin samskipti lækna og lyfjafyrirtækja á Vesturlöndum séu ekki til þess fallin að stuðla að skynsamlegri lyfjanotkun eða farsælli nýtingu fjármuna. Að þessu sinni mun ég ekki leita svara við því hvers vegna núverandi dreifingarfyrikomulag á Íslandi með öllu sínu markaðsfrelsi hefur ekki komið í veg fyrir að hér sé hæsta lyfjaverð á Norðurlöndum, hvers vegna samkeppnin á smásölumarkaðnum hefur stórlega skert vaktþjónustu apóteka, hvers vegna lyfjaframleiðendur og -innflytjendur hafa ekki hikað við að afskrá og taka úr sölu gömul og nauðsynleg lyf ef verðið á þeim hefur ekki verið nógu hátt (til dæmis fólínsýru og nítrófurantóín) né heldur hvers vegna TR fær ekki notið þess afsláttar sem lyfjaheildsalar ná við innkaup sín.

Samskipti lækna og lyfjafyrirtækja hafa verið afar

vinsamleg hér á landi sem víðast hvar annars staðar. Sem dæmi má nefna að Læknafélag Íslands hefur gert samning við Lyfjahóp Samtaka verslunarinnar um samskipti lækna og lyfjafyrirtækja (3) í stað þess að framfylgja eigin síðareglum án utanaðkomandi afskipta (4). Í stað þess að einbeita sér linnulítið að málamiðlunum við athafnaskáld og skúrka mætti stjórn LÍ gjarnan taka hollenzka heimilislækna til fyrirmyndar sem refsa þeim félögum sem brjóta síðareglurnar (5). Þá virðast lyfjakynnar telja sér allt leyfilegt í samskiptum við læknastéttina, væntanlega af því að þeir vita að hún hirðir alla mola sem af borðum lyfjaiðnaðarins hrjóta. Nú er svo komið að stór hluti af félags- og fræðslustarfsemi lækna er fjármagnaður af lyfjaiðnaðinum. Löngum hafa lyfjafyrirtæki veitt læknum höfðinglega í mat og drykk, en nú færast það mjög í vöxt að þau sjái okkur fyrir afþreyingu í formi skemmtiferða til útlanda með einhverja fræðslu að yfirvarpi. Eru það ekki sízt yfirlæknar sem njóta þessa örlætis lyfjafyrirtækja og ennfremur þykir sérstök þryði að próffessorum sem samstarfsaðilum. Af þessu leiðir að lyfjafyrirtækin komast upp með það óáreitt að lítilsvirða lækna með því að senda okkur allskonar drasl sem fráleitt er að bjóða fullorönu fólki. Má þar nefna dúkkur og önnur leikföng, sælgæti, snýtubríf, penna, vasareikna og dvergútvörp. Þá tekur steininn úr þegar farið er að senda áfengi til þess að við opnum örugglega póstin okkar. Kostnaðurinn við þetta útbreiðslustarf hlýtur eðli málsins samkvæmt að hækka lyfjaverðið æði mikið.

Markaðssókn lyfjaiðnaðarins er alþjóðleg og alls staðar eins í eðli sínu, þótt mismunandi lög og reglugerðir milli landa geti eitthvað breytt myndinni. Beztar heimildir er að finna um skipan mála í Bandaríkjunum. Þar er hluti markaðssóknar og stjórnunar 35-40% af veltu stærstu lyfjafyrirtækjanna á meðan þau verja aðeins 20% í rannsókn- og þróunarstarf (6). Þar í landi er einn lyfjakynnir á hverja 11 starfandi lækna og kostar kynningarstarfið þar allt að 12 milljörðum dollara á ári (7) eða 8000-13000 dollara á lækni (er samsvarar 900.000-1.500.000 íslenskra króna) (8). Talið var fyrir tveimur árum að tæp 70% þeirrar upphæðar færi í heimsóknir, áróðursefni og gjafir (þar með talin fargjöld og upphald) til einstakra lækna, um 15% í fundi og ráðstefnur og álíka hlutfall í auglýsingar ætlaðar neytendum (9). Síðasti liðurinn á sem betur fer ekki við hérlandis, en fullyrða má að hér leggi lyfjafyrirtæki líka í verulegan kostnað við hafa áhrif á ávísanavenjur lækna þótt upphæðir og skipting kostnaðar geti verið með öðru móti en í USA.

Höfundur er heilsugæslulæknir á Akureyri.

Ég er þeirrar skoðunar að samskipti lækna og lyfjaiðnaðarins eigi að vera sem allra minnst af eftirtöldum ástæðum:

### **Fræðsla lyfjakynna er ekki hlutlaus heldur þjónar hún því hlutverki að auka sölu ákveðinnar framleiðsluvöru**

Læknar hafa flestir aðgang að tölvum og internetinu og eiga því mjög auðvelt með að afla sér upplýsinga og þekkingar sem staðist hefur rýni þar til bærra aðila (evidence based) sem ekki hafa nein hagsmunatengsl við lyfjaiðnaðinn. Á vegum Landlæknisembættisins og TR hefur gagnlegt starf verið unnið við gerð og útgáfu vinnulagsreglna og við mat og dreifingu hagnýtra veffanga, þangað sem læknar geta sótt sér fróðleik. **Við þurfum því ekkert á lyfjakynnum að halda.** Það er vel þekkt staðreynd að markaðsstarf lyfjakynna hefur umtalsverð áhrif á ávísanavenjur lækna (8, 10, 11). Vart þarf um það að deila að ekki eru þau áhrif einvörðungu jákvæð, heldur til þess fallin að auka lyfjanotkun.

### **Tímaeyðsla og ófrjó iðja**

Það er óeðlilegt að læknar sem eru á föstum launum hjá heilbrigðis- og sjúkrastofnunum, eyði vinnutíma sínum í að hlusta á áróður og auglýsingar lyfjakynna, þegar á þeim brenna önnur óleyst verkefni. Hvað þeir gera svo í frítíma sínum sér til dægurstytingar eða til að lækka fæðiskostnað sinn gegnir öðru máli, en hafa ber þó hugfast hið fornkvæðna, að „æ sér gjöf til gjalda“. Þá er rétt að hafa í huga að **gott lyf auglýsir sig sjálf** og „fæst ný sérlyf bæta neinu við það sem fyrir var, nema kostnaði og ruglingi“ (12). Margar klínískar rannsóknir sem lyfjaiðnaðurinn styður miðast fremur við það að finna minniháttar afbrigði við fyrri lyf sem hægt er að auglýsa upp, en að uppgötva klínískt mikilvægar nýjungar (13). Þá er vel þekkt sú söluaðferð að troða eftirlíkingum inn á markað undir yfirskini breyttra eða útvíkkaðra ábendinga eða sem blöndu með öðru lyfi (12). Vandadur athuganir á gæðum lyfjakynninga hafa lítið verið gerðar nema í Frakklandi, þar sem í ljós hefur komið að lyfjakynnar veita oft lélega fræðslu og valda ekki meintu hlutverki sínu í símenntun lækna. Það sýndi sig að þeir áttu það til að breyta eða víkka út ábendingar, auka við ráðlagðan skammt, segja ekki frá aukaverkunum, afhenda ekki sérlyfjaskrártexta eða álit lyfjamatsnefndar og jafnvel að kynna lyfin áður en þau voru markaðssett (14). Við vitum ekki hvort risið er hærra á íslenskum lyfjakynnum því það hefur ekki verið athugað með sömu nákvæmni og hjá Frökkum.

### **Misnotkun aðstöðu**

Þar sem sjúklingar og TR greiða þann kostnað sem lyfjaávisun læknis hefur í för með sér er það siðferðilega óverjandi að læknir njóti hlunninda af því einu

að vera í aðstöðu til að hygla ákveðnu lyfjafyrirtæki sem hann ljáir eyra til að reka áróður eða kynna söluvöru sína. Læknar ættu að hafa í huga að það eru almennasjóðir og sjúklingar sem fjármagna risnuna og gjafirnar, en ekki lyfjafyrirtækin sjálf því kostnaðurinn kemur auðvitað fram í lyfjaverðinu. Þessi symbiosa lækna og lyfjaiðnaðarins er einkar vel til þess fallin að grafa undan trúverðugleika lækna í augum sjúklinganna og hefur þegar valdið stöðu stéttarinnar í þjóðfélaginu óbætanlegu tjóni.

### **Fjárhagslegt ósjálfstæði**

Þótt lyfjafyrirtæki á Íslandi hafi margoft stutt stærri fræðslufundi og vísindaráðstefnur myndarlega er óeðlilegt að læknar troði betlistigu til lyfjaiðnaðarins í jafn ríkum mæli og raun ber vitni, þegar um aðra fræðslustarfsemi og félagsstarf er að ræða þar sem hugsanlegt endurgjald lækna er í því formi að láta þriðja og fjórða aðila bera kostnaðinn. Ef hægt er að halda auglýsingamennsku og áróðri í skefjum er í sjálfu sér ekkert óeðlilegt að leita stuðnings fyrirtækja við góð málefni, en þar mætti ekki síður láta reyna á höfðingsskap ýmissa annarra stórfyrirtækja sem minni áhrif myndu hafa á daglega forgangsroðun okkar en kysu eigi að síður að nýta sér þá andlitslyftingu sem læknastéttin gæti látið henni í té. Vinnuveitendur okkar hafa sloppið alltof vel frá því að styrkja fræðslustarf og svo tel ég læknastéttina hvergi nærri komna á þann vonarvöl að hún sé ófær um að kosta hluta af símenntun sinni sjálf. Það er enginn vafi á því að þessi mikla samvinna við lyfjaiðnaðinn á sviði símenntunar hefur óheillavænleg áhrif á þær áherzslur sem settar eru. Lyfjafræðilegar lausnir verða aldrei langt undan í þeirri umræðu (15-17). Lyfjameðferðarslagsíða er hvorki holl í grunnmenntun lækna, framhaldsmenntun né símenntun. Okkur ber því brýna nauðsyn til að taka upp aðra síði sem betur hæfa virðingu stéttar okkar.

### **Þróun læknisfræðinnar er stýrt af stórgróðafyrirtækjum**

Eins og ábyrgðarmaður Læknablaðsins hefur bent á er það mikið áhyggjuefni hversu mikill hluti af rannsókn- og vísindavinnu lækna er fjármagnaður af lyfjaiðnaðinum (2). Með því móti geta þessir hagsmunaaðilar haft ósæmilega mikil áhrif á hvaða ný þekking lítur dagsins ljós og í hvaða átt læknisfræðin þróast. Með örlæti sínu hefur lyfjaiðnaðurinn komið í þá aðstöðu að geta beint rannsóknnum læknisfræðinnar inn í þá farvegi sem ýta undir lyfjaneyzlu og lyfjafræðilegar lausnir á öllum mannlegum vanda (medicalization). Þó tekur steininn úr þegar lyfjaiðnaðurinn er farinn að gera læknadeildir háskólanna háðar sér fjárhagslega (15) eða er kominn með skósvæina sína inn í ritstjórnir og ritrýnahópa læknátímarita ellegar inn í sérstök fagrað eða starfshópa sem áhrif hafa á gerð vinnulagsreglna eða klínískra leið-

beininga (12). Að sönnu er það mikil freisting metnaðargjörnum vísindamönnum að notfæra sér þá fjárstyrki sem bjóðast með samvinnu við lyfjaiðnaðinn. Í því sambandi er vert að hafa í huga að fjöldi klínískra rannsókna er fremur gerður til að greiða fyrir framgangi nýrra lyfja eða búnaðar en að sannreyna ákveðnar vísindalegar tilgátur (18). Vísindamenn sem eru fjárhagslega háðir stuðningi lyfjafyrirtækja eru gjarnan undir þrýstingi vona um akademískan frama, frægð, viðurkenningu kollega, aukna aðsókn sjúklinga (tilvísana), bætta samkeppnisaðstöðu varðandi rannsóknastyrki og athygli fjölmiðla. Við slíkar aðstæður hefur vísindamaðurinn glatað sjálfstæði sínu og er því hætta á að hagsmunaoöfl hafi truflandi áhrif á niðurstöður hans eða túlkun þeirra (19). Þá er til hneykslanlegur fjöldi dæma um hvernig lyfjaiðnaðurinn hefur getað hindrað eða tafið birtingu greina sem innihéldu niðurstöður sem þeim voru ekki að skapi (20, 21). Þar sem þróun lyfjafræðinnar er undir samvinnu lækna og lyfjaframleiðenda komin er nauðsynlegt að finna samstarfsform sem ekki býður ofangreindri hættu heim. Í því samstarfi er þó rétt að hafa í huga að lyfjaiðnaðurinn er ekki knúinn áfram af öðrum hugsjónum en þeirri að skila hámarksgróða. Það sýna vinnubrögð hans gagnvart þriðja heiminum.

### Lokaorð

Engri stétt ber fremur skylda til þess en okkur að snúa þjóðinni af braut læknisfræðilegrar súrsunar (sjúkdómavæðingar) sem ekki einasta hleypir upp kostnaði við heilbrigðisþjónustuna og takmarkar þannig svigrúm til nauðsynlegra framfara, heldur skaðar beinlínis þjóðarheilsuna. Eitt brýnasta verkefnið á næstu misserum er að andæfa gegn lyfjaauglýsingum fyrir almenning sem trúlega verður reynt að troða upp á okkur í krafti Evrópusambandsákvæðana sem lyfjaauðhringar hafa barið í gegn. Lyfjaneyzlan í okkar heimshluta er vissulega næg fyrir. Það er löngu kominn tími til þess að staldra við og spyrna fótum við þeirri þróun sem gerir okkur lækna fræðilega, faglega og siðferðilega ósjálfstæða. Við þurfum að endurskipuleggja símenntun okkar í samræmi við breytta tíma og nýja möguleika. Við eigum að tileinka okkur í ríkari mæli en verið hefur þau vísindalegu viðhorf og öguðu vinnubrögð sem nútíma upplýsingatækni býður okkur upp á. Við þurfum að nýta tæknina og þá aðgengilegu og fagrýndu gagnabanka (Cochrane, Evidence based medicine, Bandolier) þangað sem við getum sótt okkur trúverðugan fróðleik dag hvern. Þekkingar og nýrra hugmynda er víðar að leita en á erlendum ráðstefnum sem oftast en ekki þjóna fyrst og fremst félagslegu hlutverki. Læknastéttinni er í þessu sambandi bráðnauðsynlegt að vekja sómatilfinningu sína af dvala og láta af öllum tilberahætti.

### Heimildir

1. Sveinsson S. Samskipti lækna og lyfjafyrirtækja. Læknablaðið 2001; 87: 987-8.
2. Rafnsson V. Lyfjaiðnaðurinn og læknisfræðin. Læknablaðið 2001; 87: 971-2.
3. Samskipti lækna og lyfjafyrirtækja. Læknablaðið 2000; 86: 794.
4. Leiðbeiningar Læknafélags Íslands um samskipti lækna við framleiðendur og söluaðila lyfja og lækningatækja. Læknablaðið/Fréttabréf lækna 1993; 8:16-7.
5. Sheldon T. GPs warned on accepting hospitality from drug companies. Br Med J 2001; 322:194.
6. Angell M. The Pharmaceutical Industry – To Whom Is It Accountable? (Editorial) N Engl J Med 2000; 342:1902-4.
7. Wolfe SM. Why do American drug companies spend more than \$12 billion a year pushing drugs? Is it education or promotion? J Gen Intern Med 1996; 11: 637-9.
8. Wasana A. Physicians and the Pharmaceutical Industry. Is a Gift Ever Just a Gift? JAMA 2000; 283:373-380.
9. Farmaceutical Facts (cited 1999.11.04) <http://www.nofreelunch.org/facts.html>
10. Orłowski JP, Wateska L. The Effects of Pharmaceutical Firm Enticements on Physician Prescribing Patterns. Chest 1992;102(1): 270-3.
11. Peay MY, Peay ER. The role of commercial sources in the adoption of a new drug. Soc Sci Med, 1988; 26: 1183-9.
12. A look back at 2000; Overabundance and deregulation. Prescrire International 2001; 10: 52-4.
13. Langreth R. Drug marketing drives many clinical trials. Wall Street Journal. November 16, 1998.
14. Sales representatives; A damning report by Prescrire reps monitoring network. Prescrire International 1999; 8: 86-9.
15. Editorial: Drug-company influence on medical education in USA. Lancet 2000; 356: 781.
16. Angell M: Is Academic Medicine for Sale? (Editorial). N Engl J Med 2000; 342: 1516-18.
17. Relman AS: Separating Continuing Medical Education From Pharmaceutical Marketing. JAMA 2001; 285: 2009-12.
18. Davidoff F, DeAngelis CD, Drazen JM, Hoey J, Höjgaard L, Horton R et al. Sponsorship, Authorship, and Accountability (Editorial). JAMA 2001; 286: 1232-4.
19. DeAngelis CD, Fontanarosa PB, Flanagan A. Reporting Financial Conflicts of Interest and Relationships Between Investigators and Research Sponsors (Editorial). JAMA 2001; 286: 89-91.
20. Blumenthal D, Campbell EG, Anderson MS, Caustino N, Louis KS. Withholding research results in academic life science: evidence from a national survey of faculty. JAMA 1997; 277: 1224-8.
21. Rennie D. Thyroid storm. JAMA 1997; 277: 1238-43.