

Ebba Holme Hansen og Laila Launsø

Skibet er ladet med – lægemidler

Artiklen belyser forskellige aspekter af lægemiddelteknologi og sundhedspolitik. Lægemidlerne indtager den centrale plads som behandlingsteknologi i sundhedsvæsenet og lægemiddelforbruget er stadig voksende.

Medicinindustriens udvikling af lægemidler sker på basis af en økonomisk vurdering af udviklingsomkostninger, markedsføringsomkostninger og den forventede markedsandel.

Den kontrollerede kliniske undersøgelse er blevet sundhedsmyndighedernes centrale dokumentationskrav, men metoden er utilstrækkelig til at vurdere lægemidlers (bi)virkninger ved brug i praksis.

Lægemidlerne passer som fod i hose til den tekniske sygdomsforståelse, der dominerer såvel medicinindustrien som lægevidenskaben og sygdomsbehandlingsarbejdet. Årsager til sygdom henføres til biologisk-mekaniske forhold i det enkelte individ. Lægemidler giver en *enheds*løsning på sundhedsproblemer, en løsning der er uafhængig af det enkelte individs sociale liv og derfor et værktøj, som fungerer i god overensstemmelse med den opsplittede og ydelsesorienterede måde, hvorpå sygdomsbehandlingsarbejdet er organiseret.

En dominerende teknologi

Lægemiddelteknologien udgør et centralt redskab i sundhedsvæsenets behandlingspraksis og i befolkningens selvbehandling. Antallet af lægemiddelordinationer er mere end tredoblet i løbet af det sidste halve århundrede. I 1983 solgtes i alt 36 millioner pakninger – svarende til 6,4 per indbygger – receptordineret medicin igennem apotekerne i den primære sundhedstjeneste. Hertil kommer receptmedicin ekspederet på landets sygehusapoteker og skønsmæssigt 25 millioner pakninger med håndkøbsmedicin. I flere undersøgelser er det vist, at godt halvdelen af lægekonsultationerne medfører udstedelse af en recept (Juul m.fl., 1984).

En væsentlig forklaring på det omfattende og stigende salg kan findes i det stadigt større og stadigt skiftende udbrud af lægemidler. Næsten 90 pct. af det fabriksfremstillede sortiment er markedsført efter 1955 (Hansen, 1984). Dels er der specielt i 50'erne og 60'erne udviklet mange nye typer af lægemidler inden for antibiotika, gigtmidler, hjerte-karmidler, psykofarmaka m.v., dels har et stort antal lægemidler været lanceret med små og større forbedringer af produktgenskaberne på virknings- eller bivirkningssiden, og dels har der været lanceret et stort antal kopipræparater. De nye præparater er markedsført med en yderst effektiv indsats fra producenternes side.

I 1983 solgtes for ca. 3,5 milliard kroner (ekskl. moms) medicin til humant brug. Hertil kom omsætningen af naturmedicin, som ikke er registreret, men af folk inden for branchen skønnes at ligge på mindst en milliard kroner for 1983. Set i sammenhæng med udgifterne til sundhedsvæsenet i øvrigt er tallene ikke store, men der har alligevel adskillige gange været fokuseret på medicinudgifterne fra

Ebba Holme Hansen og Laila Launsø

Skibet er ladet med – lægemidler

Artiklen belyser forskellige aspekter af lægemiddelteknologi og sundhedspolitik. Lægemidlerne indtager den centrale plads som behandlingsteknologi i sundhedsvæsenet og lægemiddelforbruget er stadig voksende.

Medicinindustriens udvikling af lægemidler sker på basis af en økonomisk vurdering af udviklingsomkostninger, markedsføringsomkostninger og den forventede markedsandel.

Den kontrollerede kliniske undersøgelse er blevet sundhedsmyndighedernes centrale dokumentationskrav, men metoden er utilstrækkelig til at vurdere lægemidlers (bi)virkninger ved brug i praksis.

Lægemidlerne passer som fod i hose til den tekniske sygdomsforståelse, der dominerer såvel medicinindustrien som lægevidenskaben og sygdomsbehandlingsarbejdet. Årsager til sygdom henføres til biologisk-mekaniske forhold i det enkelte individ. Lægemidler giver en *enheds*løsning på sundhedsproblemer, en løsning der er uafhængig af det enkelte individs sociale liv og derfor et værktøj, som fungerer i god overensstemmelse med den opsplittede og ydelsesorienterede måde, hvorpå sygdomsbehandlingsarbejdet er organiseret.

En dominerende teknologi

Lægemiddelteknologien udgør et centralt redskab i sundhedsvæsenets behandlingspraksis og i befolkningens selvbehandling. Antallet af lægemiddelordinationer er mere end tredoblet i løbet af det sidste halve århundrede. I 1983 solgtes i alt 36 millioner pakninger – svarende til 6,4 per indbygger – receptordineret medicin igennem apotekerne i den primære sundhedstjeneste. Hertil kommer receptmedicin ekspederet på landets sygehusapoteker og skønsmæssigt 25 millioner pakninger med håndkøbsmedicin. I flere undersøgelser er det vist, at godt halvdelen af lægekonsultationerne medfører udstedelse af en recept (Juul m.fl., 1984).

En væsentlig forklaring på det omfattende og stigende salg kan findes i det stadigt større og stadigt skiftende udbrud af lægemidler. Næsten 90 pct. af det fabriksfremstillede sortiment er markedsført efter 1955 (Hansen, 1984). Dels er der specielt i 50'erne og 60'erne udviklet mange nye typer af lægemidler inden for antibiotika, gigtmidler, hjerte-karmidler, psykofarmaka m.v., dels har et stort antal lægemidler været lanceret med små og større forbedringer af produktgenskaberne på virknings- eller bivirkningssiden, og dels har der været lanceret et stort antal kopipræparater. De nye præparater er markedsført med en yderst effektiv indsats fra producenternes side.

I 1983 solgtes for ca. 3,5 milliard kroner (ekskl. moms) medicin til humant brug. Hertil kom omsætningen af naturmedicin, som ikke er registreret, men af folk inden for branchen skønnes at ligge på mindst en milliard kroner for 1983. Set i sammenhæng med udgifterne til sundhedsvæsenet i øvrigt er tallene ikke store, men der har alligevel adskillige gange været fokuseret på medicinudgifterne fra

politisk side, idet det offentlige finansierer ca. halvdelen af lægemiddelindkøbene (dog ikke naturmedicin) via sygehuse, sygesikring og kommunale tilskud.

Næsten alle danskere er brugere af lægemidler. Man kan få et indtryk af de virkningsdoser, som en gennemsnitsdanser indtager ved at se på det samlede lægemiddelsalg opgjort i den terapeutisk-statistiske enhed: definerede døgndoser. Doserne er fastsat som den forventede dosis pr. døgn ved en standardbehandling med lægemiddelstoffet. Hvis de definerede døgndoser repræsenterer den reelle gennemsnitsdosis betyder det, at 13 pct. af den danske befolkning – fra spædbarn til olding – hver eneste dag anvender psykofarmaka og sovemedicin, at 10 pct. anvender smertestillende, og at 13 pct. anvender vanddrivende medicin (1983 tal, Dansk Lægemiddelstatistik, 1984).

En gennemsnitsdanser i den her forståede betydning eksisterer dog næppe, og flere undersøgelser har vist, at lægemiddelforbruget er uhyre skævt fordelt i befolkningen. Generelt findes en betydeligt større andel af kvindelige end af mandlige brugere, og der ses en stigning i forbrug med alderen. For smertestillende medicin og nervemedicin har man fundet en særlig stor andel af brugere i socialgruppe V og i gruppen af personer uden for erhverv, specielt pensionister (Juul m.fl., 1984). I undersøgelser af industriarbejdere er det vist, at medicin bruges til at undertrykke og dæmpe symptomer, som hidrører fra arbejdsbelastninger, og hermed muliggør yderligere belastninger og nedslidninger på længere sigt (Fog, 1979, Wibroe, 1985).

Lægemiddelteknologiens historie

Lægemiddelteknologi har altid indgået som et vigtigt element i de herskende medicinske skolars sygdomsforståelse og behandlingsstrategi i vesten. Vi skal derfor se på to skoler, der har domineret europæisk medicin fra antikken og indtil dette århundrede (Gotfredsen, 1950):

Væsketeorien udvikledes i Grækenland og tilskrives Hippokrates (født ca. 460 f.v.t.). Sygdom mentes at opstå, når eukrasien, det fine blandingsforhold mellem de fire legemsvæsker gul galde, sort galde, blod og slim blev forrykket. Den resulterende dyskrasi kunne behandles med lægemidler, der genoprettede balancen. Med baggrund i denne teori udviklede Galen (130-201) et stort arsenal af lægemidler, idet han mente, at der til hver sygdomstilstand fandtes et ækvivalerende, sammensat lægemiddel. De galenske lægemidler har været berømte og respekterede inden for medicinen og farmacien helt ind i det 20. århundrede, men anses i dag for at være uanvendelige.

Paracelsus (1493-1541) var stærk modstander af væskelæren, der havde domineret den europæiske medicin i ca. 2000 år. Sygdomsårsagerne skulle ifølge Paracelsus findes i de fem entia (stjernernes indflydelse, Guds magt, gifts indvirkning, klimaets og naturens indvirkning og den psykiske indflydelse), idet mennesket, mikrokosmos, afspejlede makrokosmos. Paracelsus mente, at der fandtes et ikke-sammensat lægemiddel til hver sygdomstilstand, og han er blevet berømt for at have indført kemiske lægemidler i sygdomsbehandlingen, bl.a. bly, arsen og kobber. Paracelsus' lægemidler har været anvendt indtil for nylig, men er nu alle slettet af lægemiddelsortimentet på grund af deres skadelige virkninger.

Andre medicinske skoler, f.eks. antroposofien og homøopatien, har forsøgt at

vinde indpas, men bortset fra klostermedicinen og folkemedicinen har Galens og Paracelsus' præparater domineret lægemiddelbehandlingen, indtil den moderne medicinske videnskabs gennembrud inden for mikrobiologi, fysiologi og cellepatologi lagde grunden for dette århundredes rationelle lægemiddelterapi. Med rationel terapi forstås inden for den medicinske verden en terapi, der hverken er baseret på kliniske erfaringer eller på de gamle spekulative teorier, men på en udforskning af sygdomsmekanismer (Wulff, 1973). Det skal fremhæves, at sygdomsmekanismer her ses som et rent teknisk fænomen i overensstemmelse med en mekanistisk sygdomsforståelse.

Konger og kejsere har op igennem historien brugt formuer på lægemidlerne. I romertiden kunne de sårede soldater få gratis lægemiddelbehandling. I sølvminerne i Kongsberg i Norge, dengang det danske riges fjerdestørste by, betalte staten i det 18. århundrede for gratis medicin til arbejderne, så længe arbejderne duede på arbejdsmarkedet, med det formål at holde produktiviteten oppe (Kruse, 1979).

Hvordan kan det være, at man har troet så meget på lægemidler, som i bedste fald er uskadelige målt med dagens medicinske målestok? Vi vil postulere, at en del af forklaringen er, at en medicinsk profession, der vil beholde sin magt bør kunne anvise nogle helbredende midler, samt at brugerne skal tro på disse midler. Men er det hele forklaringen? Er forklaringen magi og overtro blandt professionelle og blandt brugere, eller har der alligevel været en virkning af lægemiddelbehandlingen, som ikke kan måles med de metoder, der anvendes for tiden? Vi vil påstå, at der har været en virkning. En virkning, som kan tilskrives mødet mellem to mennesker, lægen og patienten, og en menneskelig tillid til, at lægemiddelbehandlingen ville virke. En virkning som mange lægemiddelbehandlinger lever højt på også i dag, men som i den medicinske videnskab kasseres som placebovirkning, dvs. virkning af et lægemiddel, der ikke indeholder virksomme stoffer.

Vi er således skeptiske over for den moderne lægemiddelteknologis betydning nu og i fremtiden ud fra den viden, vi har om lægemidlernes begrænsninger set i et historisk perspektiv.

Lægemiddelteknologiens betydning for folkesundheden

Medicinindustrien slår i sin PR-virksomhed ofte på, at lægemidlerne er den eneste væsentlige faktor af betydning for en positiv udvikling af folkesundheden. Ofte fremhæves de succesrige lægemidler mod infektionssygdomme som midler, der har reddet liv og sparet samfundet for penge. Faldet i dødeligheden som følge af infektionssygdomme, herunder tuberkulose, bliver af medicinindustrien tilskrevet lægemiddelteknologiens fortræffelighed. Men her eksisterer også en anden forklaring: at nedgangen i dødelighed først og fremmest skyldes befolkningens forbedrede levekår, specielt ernæring og hygiejne (Prioritering i sundhedsvæsenet, 1977). Vor tids store folkesygdomme – kræft, hjerte-kar sygdomme, psykiske lidelser, allergiske lidelser – lader sig behandle, men ikke helbrede med lægemidler. Desuden er de moderne, højpotente lægemidler uundgåeligt ledsaget af bivirkninger, undertiden meget alvorlige bivirkninger som lægen ikke kendte noget til, da han ordinerede medicinen. Herudover har lægemidlerne givet problemer på andre

områder, for eksempel har brugen af antibiotika ført til udvikling af resistente mikroorganismer, som er årsag til hospitalsinfektioner.

Lægemedelforskning

Lægemedelforskning foregår i dag på flere niveauer og inden for forskellige institutioner. Universiteternes og andre højere læreanstalters forskning giver ideer, metoder og teknikker, der udnyttes i medicinindustriens stærkt målrettede forskning inden for udvikling og afprøvning af lægemidler. Lægemedelafprøvingerne foretages i samarbejde med lægerne hovedsageligt på hospitalerne, hvor lægemiddelafprøvning udgør henimod halvdelen af forskningsprojekterne (Scocozza, 1984). Forskning i befolkningens lægemiddelanvendelse finder kun sted i ringe udstrækning.

Medicinindustriens produktudvikling er styret af økonomiske mål, dvs. af forventninger om, at det nye lægemiddel ikke alene kan sælges, men også inden for en rimelig hurtig periode kan tjene udgifterne ind og begynde at give overskud. Man satser enten på at udvikle helt nye præparater eller, hvad der er langt mere almindeligt, på præparater der er identiske (synonyme) eller næsten identiske (analoge, „me too“, med en ekstra streg på bismarcksklumpen) med allerede markedsførte produkter. Guldægget, et helt nyt og effektivt præparat til behandling af udbredte sygdomstilstande som for eksempel kræftsygdomme og psykiske sygdomme, er det de fleste drømmer om.¹

Hvis markedet er stort, er der også plads til det 35. beroligende middel eller det 40. gigtpræparat, men intet firma tør vove kapital på udvikling af lægemidler til behandling af tropsygdomme, hvis der ikke er nogen, der kan eller vil betale for produkterne.

Hvordan kommer ideerne til udvikling af lægemidler

Det gælder om at få ideen til det rigtige præparat, men der findes ingen færdigkomponeret opskrift på, hvordan den enkelte industrivirksomhed skal få ideen til nye præparater. Forskellige fremgangsmåder benyttes afhængigt af blandt andet størrelsen af den kapital, man vil risikere, den know-how, der findes i firmaet, de terapeutiske grupper og markeder, der sættes på, og eksisterende teknologi.¹

Tilfældige iagttagelser. Man opdager i laboratoriet eller klinikken, at lægemidlet har en helt anden virkning end den tilsigtede. Mange nye lægemidler, for eksempel penicillin og antabus, er fremkommet på denne måde. Det er nu også blevet almindeligt, at allerede markedsførte præparater lanceres med nye indikationer på grundlag af uventede virkninger, der er opdaget under præparaternes anvendelse i praksis.

Screening. Et stort antal syntetiserede eller naturligt forekommende stoffer undersøges for bestemte farmakologiske effekter/virkninger i modelopstillinger. Dette er en hyppig fremgangsmåde, for eksempel for antibiotika, men har ikke givet mange egentligt nye lægemidler.

Molekylmodifikation benyttes i stor udstrækning til at udvikle „me-too“ præparater og til at forbedre eksisterende præparater med hensyn til effekt og bivirkninger.

Original idé. Man vil her ofte tage udgangspunkt i kendskab til mekanismer på cellulært plan (receptorbinding). Mavesårspræparatet cimetidin er et sådant eksempel. Det er også de cellulære mekanismer man for tiden satser på at undersøge med henblik på udvikling af nye psykofarmaka.

Ideerne til nye lægemidler udspringer således ikke af brugernes sundhedsproblemer. Måden hvorpå idéudviklingen finder sted i industriens regi er i god overensstemmelse med sundhedsvæsenets behandlingspraksis.

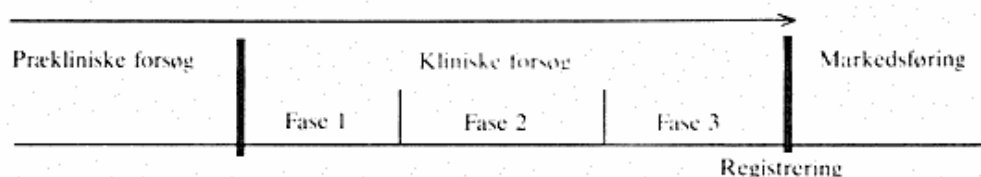
Dokumentationskrav til lægemidler før adgang til markedet

Lægemidlernes effektivitet og sikkerhed skal undersøges inden registrering, dvs. for at få adgang til markedet. Stoffe, man kender i forvejen, for eksempel fra konkurrenternes allerede markedsførte produkter, kræver blot mindre omfattende kliniske undersøgelser. Nye lægemiddelstoffer undersøges både i dyreforsøg, de prækliniske forsøg, og i undersøgelser af den farmakologiske effekt på mennesker: de kliniske undersøgelser.

Man inddeler normalt kliniske undersøgelser i tre faser. I fase 1 undersøges lægemidlets effekt på raske forsøgspersoner for at få en idé om doseringen og om eventuelle bivirkninger. I fase 2 undersøges et lille antal patienter, der lider af den sygdom, der ønskes behandlet. Hovedformålet er at se, om lægemidlet nu også påvirker sygdomsforløbet, men undersøgelsen giver endvidere information om dosering og bivirkninger. Fase 3 er kliniske undersøgelser i fuld skala (se nedenfor) og hermed kernen i dokumentationskravene ved registrering af nye lægemidler. Fase 4 omfatter undersøgelser af lægemidlerne efter markedsføring, men har hidtil været uden praktisk betydning i Danmark.

Figur 1. Faserne ved udvikling af nye lægemidler.

DYREFORSØG (undersøgelse af giftighed, fosterbeskadigelse, kræftfremkomst).



Kravet til dokumentation i form af kliniske undersøgelser blev i praksis, men ikke i lovgivningen, indført i 1960'erne, efter at talidomidkatastrofen havde åbnet øjnene for de fatale bivirkninger, som højpotente lægemidler kan lave. Mere end titusinde misdannede børn blev født af mødre, der under graviditeten havde fået talidomid som sovemiddel, mod forkølelse eller som beroligende middel (Nilsson & Sjöström, 1975).

Ved registreringen i dag opvejes lægemidlets positive sider mod de negative. Hvilke bivirkninger, sundhedsmyndighederne vil acceptere, afhænger helt af lægemidlets tilsigtede effekt. Jo mere alvorlige sygdommene er, jo mere alvorlige

bivirkninger tolereres. Vurderingen af virkningerne og bivirkningerne er baseret på kontrollerede kliniske undersøgelser, en nyere undersøgelsesmetodologi som opfylder de lægevidenskabelige forskningskrav (Andersen m.fl., 1982, Wulff, 1973).

Den kontrollerede kliniske undersøgelse

Metoden går ud på, at en gruppe patienter behandles med det, der ønskes undersøgt (ofte et lægemiddel) mens en anden gruppe – kontrolgruppen – behandles med et lægemiddel, man ønsker at sammenligne med eller placebo (kalktabletter). Personernes indflydelse på resultaterne søges elimineret ved dobbeltblinding, dvs. at hverken læge eller patient er vidende om, hvilken gruppe den enkelte patient tilhører. Ved randomisering, dvs. tilfældig fordeling af patienter til lægemiddelgruppe og kontrolgruppe, prøver man at sikre en ensartet sammensætning af lægemiddelgruppe og kontrolgruppe. Som indgangskriterium fastsættes en specifik, veldefineret diagnose, for eksempel sår på tolvfingertarmen, men ikke „ondt i maven“ eller mavesår. Samtidigt fastsættes eksklusionskriterier, dvs. regler om hvem der ikke bør udsættes for forsøget, for eksempel børn og gravide. Patienterne skal være repræsentative for de patienter, der opfylder indgangskriteriet. De kliniske undersøgelser omfatter ofte et halvt hundrede patienter, der undersøges igennem et par uger, sædvanligvis under hospitalsindlæggelse.

Effekten af en lægemiddelbehandling vil sjældent kunne måles som „syg“ eller „rask“. I det kliniske forsøg vælges derfor en effekt, som kan måles, for eksempel blodtrykkets størrelse. Man beregner derefter den statistiske sandsynlighed for, at blodtrykket i lægemiddelgruppen afviger fra blodtrykket i kontrolgruppen. Bliver resultatet, at blodtrykket med større sandsynlighed sænkes med lægemidlet end med placebo, mener man at have påvist en årsagssammenhæng² og dermed at kunne forudsige, at lægemidlet også vil sænke blodtrykket på andre patienter, der fremover vil blive behandlet med lægemidlet.

Systematisk registrering af bivirkninger sker kun i den udstrækning man har forventninger om bivirkninger ud fra kendskabet til lignende lægemiddelstoffer. Opstår herudover alvorlige symptomer under forsøgets afvikling, registreres disse også i forsøgsprotokollerne. Udformningen af den kontrollerede kliniske undersøgelse har afgørende konsekvenser for den viden, man opnår om lægemidlets virkninger og bivirkninger (Hansen m.fl., 1979, Bruun m.fl., 1983). Vi skal her pege på nogle af de væsentlige problemer:

Sygdomsproblemer reduceres til „tekniske“ og målbare problemer

I de kontrollerede kliniske undersøgelser søges livsomstændigheder, menneskers tanker og væren elimineret igennem det metodologiske design. Problemet er ikke så meget, at man undersøger „tekniske“ sammenhænge, men at man kun undersøger disse. Vender vi tilbage til eksemplet med infektionssygdomme, ses det, at de kontrollerede kliniske undersøgelser netop ikke omfatter de leveår, der set i historisk sammenhæng, har været af afgørende betydning for dødelighed og sygelighed inden for disse sygdomme. Den viden, der indhentes gennem de kliniske undersøgelser, giver således basis for (lægemiddel) behandling, mens forebyggelse

reduceres til et spørgsmål om vaccinationer, og spørgsmål om årsager til sundhed slet ikke stilles.

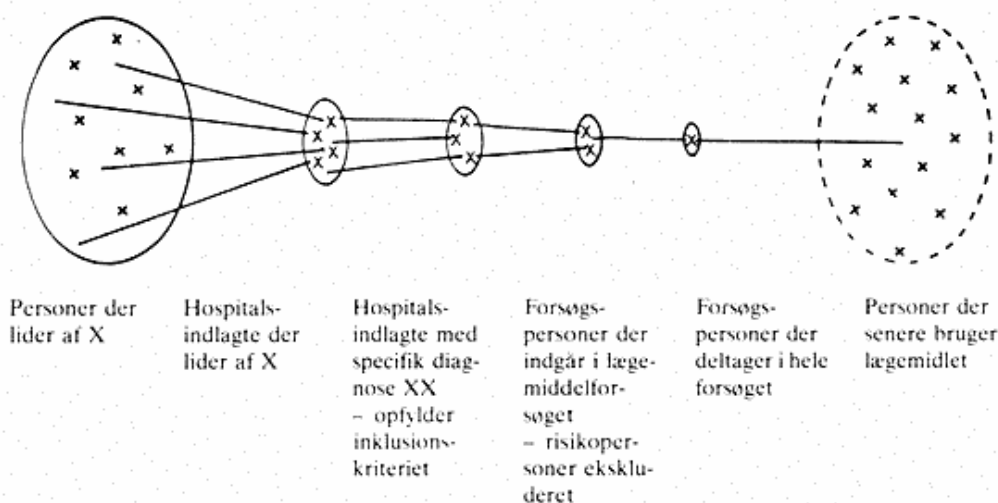
Placeboens betydning eller mangel på betydning

De fleste, der får ordineret et lægemiddel, vil have forventninger om, at medicinen virker. Forventninger, som oftest understøttes af det indtryk lægen giver, når recepten udfærdiges. Men de kliniske undersøgelser giver ingen oplysninger om disse forhold. Placeboeffekten, der må antages netop at være en effekt af forventningerne, bliver i de kontrollerede kliniske undersøgelser fortolket som manglende effekt af lægemidlet. Effekten af lægemiddelbehandlingen måles som signifikante forskelle i effekt af lægemiddelpræparat og kontrolpræparat. Placeboeffekten anses som uinteressant i sig selv, på trods af, at man i undersøgelser ser, at placeboeffekten ofte er større end den målte forskel mellem testpræparat og placebo. Da formålet med de omtalte kliniske undersøgelser er at udvikle nye lægemidler, er det naturligt, at man ikke fokuserer på placeboeffekten, men placeboeffekten burde medinddrages i vurderingen af behandlingens resultater. Egentlige forklaringer på placeboeffekten kan ikke udforskes i den kontrollerede kliniske undersøgelse, og er ikke genstand for lægevidenskabelig forskning i øvrigt.

Det selekterede patientmateriale – konsekvenser i praksis

Som indgangskriterium for den kliniske undersøgelse vælges en specifik, velafgrænset diagnose, men i praksis er diagnoserne sjældent så velafgrænsede. Medicinproducenterne understøtter de flydende diagnosegrænser, ved i markedsføringen at gøre indikationsområdet så bredt som muligt med henblik på at opnå størst muligt salg. Herudover vil mange patienter, der blev ekskluderet fra de kliniske undersøgelser på grund af forøget risiko – børnene, de gravide, de gamle, de der lider af komplicerede sygdomme, de der får flere slags medicin samtidigt – alligevel blive behandlet med lægemidlerne efter markedsføringen.

Figur 2. Det selekterede patientmateriale ved kliniske forsøg.



De kliniske undersøgelser fåtallige patientmateriale og korte tidsforløb betyder, at sjældnere bivirkninger og langtidsvirkninger først bliver erkendt efter markedsføring, hvor tusinder af mennesker måske bruger lægemidlet igennem lang tid. Erfaringerne har også vist, at uventede bivirkninger, som man ikke havde fantasi til at lede efter i de kliniske undersøgelser, er dukket op efter at præparaterne er taget i brug i praksis (Hansen & Jensen, 1983).

Øget viden om bivirkninger kan opnås ved intensiv overvågning af lægemiddelbrugerne efter markedsføringen (fase 4 undersøgelser). Sådanne undersøgelser er imidlertid ressourcekrævende, og bliver derfor ikke forlangt af den danske lægemiddelkontrol og heller ikke udført af medicinindustrien i Danmark.¹ Viden om bivirkningerne, de uventede, de sjældnere og langtidsbivirkningerne vil således halte langt efter viden om de positive, ønskede virkninger, der foreligger allerede ved markedsføringen (Hansen & Jensen, 1983).

Medicinindustrien satser på det kendte

Et hovedproblem for lægemiddelforskningen er den aftagende takt i udvikling af principielt nye lægemidler, som man har set de sidste 10-15 år. Medicinindustrien, der selvfølgelig er særligt bekymret, forklarer fænomenet med, at lægemiddelkontrollens krav til dokumentation efterhånden er blevet så store, at det er blevet for dyrt at udvikle nye præparater, blandt andet fordi langtidsforsøg på dyr er overordentlig kostbare at få udført. Ved at skyde på lægemiddelkontrollen giver man imidlertid en meget forenklet fremstilling af problemerne. Spørger man den enkelte producent, er der nemlig ingen, der ønsker at slække dokumentationskravene væsentligt. Man vil gerne have en hurtigere sagsbehandling, men ønsker ikke at markedsføre præparater, som senere må trækkes tilbage på grund af uforudsete bivirkninger, og man præsenterer ikke noget modspil til sundhedsstyrelsens dokumentationskrav.³ Det er uomtvisteligt risikofyldt at satse på det ukendte i dag. Mange penge er tabt, hvis man først sent finder ud af, at lægemidlet kan have så alvorlige bivirkninger, at det ikke kan registreres. De fleste medicinproducenter satser derfor på det sikre, dvs. det der er (næsten) magen til allerede markedsførte præparater, og det har man tilsyneladende klaret sig fint med op igennem 70'erne (Hansen & Møller, 1983). Selvfølgelig vil alle producenter gerne lægge det tidligere omtalte „guldæg“, og den stagnerende lægemiddeludvikling må da også forurolige med tanke på sundhedsvæsenets manglende behandlingsmuligheder inden for store sygdomsområder. Men vi vil her fremsætte den hypotese – som vi ikke har verificeret – at den væsentligste årsag til stagnationen skal findes i begrænsninger i de cellulære mekanismeteoriers mulighed for at forklare og forstå sygdomme. De øgede dokumentationskrav er af mindre betydning.

Lægemiddelteknologiens placering i lægeinstitutionen og det konventionelle behandlingsarbejde

Hvad har været galt i det konventionelle sygdomsbehandlingsarbejde? I Lægernes Hus i Billund foregår en række forsøgsaktiviteter, der tager sigte på at afprøve og udvikle nye behandlings- og forebyggelsesmetoder i forbindelse med befolkningens

sundhedsproblemer. En læge fra dette lægehus udtrykker sig således omkring oplevede problemer i forbindelse med det konventionelle sygdomsbehandlingsarbejde:

„... noget af det (der har været galt), er den fastlåsende idé, at enhver model har skullet være baseret på logiske forståelige, strukturelt påviselige og rekonstruerbare facts, som alle – alle professionelle – har skullet kunne antage eller tage afstand fra ligeledes af logiske grunde. Dermed har man kunnet dømmе eller fordømme det almindelige menneske alt efter, hvor meget magt man havde. F.eks. hvis laboratorieundersøgelsen ikke passer til de fornemmelser patienten har, er han hysteriker, må tage fejl, sendes hjem til han kommer på bedre tanker eller forhøres af en anden ... Jeg mener, det er det første skridt at forlade den fastlåsende idé om det fungerende, generaliserende sygdomsbegreb ... jeg må have defineret sygdom i en udvidet form“.

„Mennesket karakteriseres på så mange måder, alder, hårfarve, køn, social status, familie osv. Hvilket gør, at det er praktisk umuligt at finde to individer, der på samme tidspunkt er ens. Hvis du dertil lægger deres helbredsmæssige situation, deres opvækst, deres tænkemåde, deres begrænsninger, begrænsede selvdestruerende livsmønstre, tillærte adfærd, bliver det helt uoverskueligt – for den professionelle behandler“ (Launsø, m.fl., 1984:26)

Det behandlingsarbejde der gøres op med og i nogen grad overskrides blandt lægerne i lægehuset i Billund, er det konventionelle behandlingsarbejde, der er præget af følgende faglige forståelsesmønstre:

En sygdomsforståelse, hvor sygdom forstås som unormale forhold (fejl) inden i menneskets biokemiske og/eller fysiske funktioner. Man mener, at sygdomme eksisterer uafhængigt af det enkelte menneske, dets livssituation, tanker, bevidsthed, livserfaringer etc. Denne sygdomsforståelse forudsætter, at der er eksperter, der har magt til at definere, hvad der er unormalt, og hvordan det unormale skal styres (fjernes, korrigeres, erstattes osv.) Af magten til at definere, hvad der er unormalt, følger magt til at definere, hvad der er normalt. En kvinde, der sidder fastlåst ved en pakkemaksine otte timer om dagen, eller en mand, der i otte timer om dagen står over organiske opløsningsmidler, kan gå til lægen og sige, at de føler smerte, ubehag, træthed etc. Lægen kan „stemple“ dem som syge på grund af dårligdomme inden i dem. Lægen kan ordinere et smerte-, ubehags-, træthedsdæmpende lægemiddel. Lægen vil opleve, at han udfører sin lægelige funktion normalt. Ingen myndigheder vil anfægte hans arbejde. Lægen vil ikke opleve sig som en syg læge. Han følger det konventionelle handlemønster. Lægen kan starte og afslutte sin behandling med ordination af et lægemiddel. Han har fulgt forskrifterne for lægemidlets indikationsområde. Et opgør med denne form for magtudøvelse finder vi i flere patientorganiseringer. Galebevægelsen udtrykker det således: „Vi vil handle, ikke behandles“.

En kundskabsmodel der bygger på den særlige form for empirisk viden, som indeholder det iagttagbare og målbare, det kontrollerbare og det forudsigbare. Det er de generaliserede objekter og ikke det enkelte individ, der er målet for erkendelsen. Erkendelsen er orienteret mod fortiden og med baggrund i eksperternes viden.

Lægen bruger andre eksperters abstrakte viden, selv om denne viden ikke

behøver at have nogen praktisk mening for den enkelte læge eller patient. Patienten opfattes som en robot, eller beostær, der kan repetere den respons, som eksperterne mener er den rigtige, uafhængigt af patientens egne erfaringer (Larsen, 1983). Men patienten er hverken en robot eller en beostær. Ofte efterlever patienten ikke den medicindosering lægen ordinerer. Det kalder eksperterne for medicinforsømmelse. Da patienternes erfaringer og meninger ikke tæller i det lægevidenskabelige forskningssystem, ses kun én løsning på dette problem, der reduceres til et teknisk problem: at informere folk om, hvordan de skal tage deres medicin korrekt. Informationen kan for eksempel være udformet som små etiketter på medicinglasset. Patienternes erfaringsverden kan således forblive ukendt for lægen, fordi lægen ikke behøver patientens erfaringer for at ordinere lægemidler. Det potentielle samspilsrum i mødet mellem læge og bruger kan takket være lægemidlet forblive et dødt rum.

Brugerens erfaringer omkring anvendelse af lægemidler efterspørges sjældent af læger (Larsen & Hansen, 1984). Lægemedelteknologien passer som fod i hose til den isolerede placering, sygdomsbehandlingsarbejdet indtager i samfundet. I stedet for at patientens ressourcer og handlemuligheder mobiliseres, „presses“ patienten ind i en rolle, hvor han mere eller mindre mystificeret kan iagttage sig selv.

Roller der er karakteriseret ved en passiv bruger og en aktiv behandler. Særlig vigtigt er, at relationen mellem rollerne udvikler sig asymmetrisk. Udviklingen har historisk været præget af en aflæring af brugerne (lægfolk) og en monopolisering af den faglige viden inden for sygdomsbehandlingsområdet, hvor det er lægerne, der bliver eksperterne.

Handlingstyper der tager sigte på kontrol og manipulation af patienten. Disse styringsmåder, der karakteriserer sundhedsvæsenets relation til brugerne, genfindes i lægemidlernes funktionsmåder. Sigtet med udvikling og brug af lægemidler er, at disse skal kunne kontrollere eller manipulere nogle biokemiske og/eller fysiske funktioner i kroppen enten ved at bortskaffe, korrigere eller mod-styre disse. Lægemidlerne forudsætter en organisme uden aktiv bevidsthed. Der er således et magtfuldt sammenfald i træk ved sundhedsvæsenets relation til brugeren og lægemidlernes virkninger på brugerne.

Lægemidlerne forvaltes inden for et sygdomsbehandlingsarbejde, der i høj grad er præget af en autoritær lægepraksis, som atter er underlagt et hierarkisk og regelstyret centraladministrativt overvågningsystem. Et system som måske i sidste ende mere tager sigte på at beskytte den professionelle stand end den almindelige bruger/patient.

Lægemidlet som mål i sig selv eller andre veje!

Inden for det konventionelle sygdomsbehandlingsarbejde anvendes lægemidler oftest som et mål i sig selv uden dyberegående overvejelser over forudsætninger og konsekvenser af den valgte behandlingsmetode. Læger, der gør op med det traditionelle sygdomsbehandlingsarbejde, beskriver ordination af lægemidler i relation til alternative handlemåder:

„Der kommer måske en ung mand til lægen med smerter i ryggen, han synes ikke, han laver noget særligt tungt arbejde, så han forstår ikke, hvorfor han har ondt. Den autoritære læge kunne give ham kodimagnyl, fordi de tager smerterne væk og så har lægen løst sin opgave at genskabe velværet. For den demokratisk arbejdende læge, er det imidlertid næsten det værste, hun kan gøre. Hun ville jo i så fald sløve det signal, der skulle sikre, at manden ikke fik ødelagt sin ryg ... rygsmerterne, de har netop den funktion, at få ændret livsforholdene inden ryggen bliver ødelagt. Det må altså betragtes som direkte sundhedstruende at udlevere smertestillende medicin i den situation“ (Jacobsen, 1984:22).

„I øjeblikket kan man jo meget let komme ud for, at man f.eks. bliver kaldt ud til et ægtepar, der har været ude for et trafikuheld, og skal give dem en beroligende indsprøjtning, fordi de er helt chokeret efter alt, hvad de har oplevet. Den bedste løsning vil være at sige „ tag nu og sæt jer ned og hold hinanden i hånden og vær lykkelige over I har hinanden stadigvæk“. Hvis man i stedet for som autoritet behandler med beroligende medicin, fordi man ikke kan holde ud at se på, at mennesker er urolige eller ulykkelige eller ikke ved deres levende råd, fordi de befinder sig i en chokerende situation, så mener jeg, at man ikke alene gør de pågældende til dårlige chauffører bagefter, de vil ikke have lært noget af den situation de har været i; men man fratager dem også muligheden for at kunne forarbejde de indtryk de har fået ved at være sammen efter at have overstået en alvorlig situation. Dvs. de ser, hører, føler hvad der sker, men det forarbejdes ikke, hvis de får en beroligende indsprøjtning. De oplever ikke, hvilken lykke det er at være sammen bagefter. De oplever heller ikke rædslen, de oplever ikke smerterne ved tanken om, hvad der kunne være sket, det betyder så igen, at de måske ikke er i stand til at omsætte det skete i en fornuftig form for liv, hvor de får noget mere ud af det bagefter eller noget andet end de har haft før. På samme måde kunne man sige, at alle andre livssituationer bliver tacklet forkert, hvis man i dem giver medicin, fordi man fratager mennesker muligheden for at opleve tingene og foretage sig nødvendige og bevidste handlinger og ændringer på baggrund af det oplevede“. (Launsø, m.fl., 1984:19).

„En familie på fem flytter til Billund fra en større by, hvor han var langtidschauffør, hun tidligere institutionsleder, tre skolesøgende børn. I Billund får han arbejde med samme arbejdsbelastning som tidligere, hvorimod hun ikke kan få arbejde. Har tidligere kun haft tid til børnene om aftenen, skal nu være hjemmegående husmor og også fungere på en anden måde i forhold til børnene. Kort tid efter flytningen, får hun tiltagende led/muskelgener i form af universel muskeltræthed, ømhed og smerter i leddene, hovedpine osv. Forhøjet sænkingsreaktion (SR) foranlediger henvisning til fysiurg, som stiller diagnosen bindevævssygdom. Forsøger først med behandling med gængse antirheumatica uden synderlig effekt, herefter prednisonbehandling med hurtig bedring i symptomer til følge og fald i SR. Bivirkninger i form af vægtøgning, oppustet korpus osv. bliver nu næste problem sammen med atter tiltagende træthed, hovedpine, følelse af at „ligne en omvandrende ko“.

Kontakter atter lægehuset efter et år, og beder grædende om at måtte ophøre med prednisonbehandling. Opfordres til at snakke med fysiurgen om dette ved næste kontakt, hvilket hun også gør, men ifølge hendes eget udsagn med liden succes. Hun har herefter ringet til fysiurgen og aflyst yderligere konsultation samt ønsket af afslutte.

Henvender sig derpå atter i lægehuset og beder os om at overtage behandlingen af hendes sygdom. Har her den første længere samtale med hende om mulige relationer mellem hendes aktuelle sociale situation og hendes symptomer. Det viser sig, hun selv har haft de samme tanker, men skudt dem fra sig. Tilbydes nu at komme i samtalebehandling, hvilket hun accepterer. Starter samtalebehandling ved familierapeuten, behandles senere af fysioterapeuten primært som en kombineret fysioterapi og samtalebehandling. Frarådes at starte nedtrapning af prednison, så længe hun ikke har styr på sig selv og sin situation, men må også selv vurdere, hvornår hun er klar hertil og selvfølgelig med den risiko, at alt forværres, hvis hun går for tidligt i gang. Opnår at komme ud af prednisonbehandlingen, dog med enkelte tilbagefald, som har nødvendiggjort kortvarig prednisonkur; har flere gange observeret, at hun ikke har fundet overensstemmelse mellem sin egen vurdering af sin tilstand og den objektive parameter-SR, idet denne flere gange har vist sig at være høj, hvor hun følte, den skulle være lav. Har nu bestemt sig til at følge sin egen vurdering, idet hun med sine egne ord: „Vil have lov til at

bestemme over sin sygdom og have lov til at bestemme, hvornår hun føler, hun har det godt og hvornår skidt, og ikke lade sygdommen i kraft af SR bestemme dette". (Launsø, m.fl., 1984:20).

Citaterne illustrerer, at énsidig brug af lægemidler kan forhindre folk i at opnå en erkendelse af sammenhænge i deres levkårsituationer. En af grundene til den énsidige brug og/eller direkte misbrug af lægemidler kunne bl.a. ligge i, at lægens ordination af lægemidler kræver en mindste indsats. Konsultationen kan hurtigt overstås. Lægemedelbehandling er en behandlingsteknologi, der passer godt ind i den økonomiske og tidsmæssige struktur lægen arbejder indenfor. En tidsstruktur som afstikker kort tid til hver enkelt patient, hvis akkordarbejdet skal give en god økonomisk gevinst. Når lægemidler har fået en så dominerende plads i sygdomsbehandlingsarbejdet, hænger det uden tvivl sammen med det finansielle system (sygesikringsystemet), der aflønner den alment praktiserende læge. Det er et vellønnet akkordarbejde for lægen at udskrive recepter på lægemidler. Konsekvensen er, at sundhedsproblemer forventes behandlet (løst) i lægekonsultationen på få minutter.

Sygdomsforståelse og organisering af sygdomsbehandlingsarbejdet

Afgørende for valg og anvendelse af en behandlingsteknologi er brugernes (lægers og patienters) sygdomsforståelse og den materielle praksis, dvs. den måde, man har organiseret sundhedsarbejdet på. Det herskende sygdomsbegreb legitimerer de mål, der opstilles, de problemer der „ses“, og de handlinger, der udføres i sundhedsvæsenet. Der eksisterer en sammenhæng mellem den materielle praksis og det herskende sygdomsbegreb. Sygdomsbegrebet fremtræder så at sige i en materialiseret form i den måde sygdomsbehandlingsarbejdet er organiseret på. Hospitalernes opdeling i afdelinger efter organer osv. er et meget synligt eksempel herpå. Den rolle, lægemidler har og vil få, afhænger af den forståelse læger og patienter har af sygdommes opståen og udvikling samt organiseringen af sygdomsbehandlingsarbejdet.

Som eksemplerne har vist, er der mulighed for at udvikle en anden sygdomsforståelse, som nødvendigvis også leder til andre handlinger og måder at organisere sygdomsbehandlingsarbejdet på.

I nicher praktiserer læger ud fra ændrede sygdomsforståelser, og med andre (be)handlingsmetoder-akupunktur, zoneterapi, samtaleterapi, naturlægemidler, gruppebehandling, netværksgrupper, omsorgsgrupper og forbrugergrupper – og enkelte udvikler og afprøver nye lægeroller i forbindelse med udvikling af andre måder at organisere sundhedsarbejdet på (Jacobsen, 1984, Brendstrup m.fl., 1984). De mere radikalt eksperimenterende læger giver udtryk for, at de til tider har følt sig som dårlige læger i og med, at de offentligt, af kolleger, bliver „stemplet“ som unormale, besværlige, specielle osv.

Grunden til denne „stempling“ er bl.a., at eksperimentering med andre videnskabsopfattelser og organisationsformer for sygdomsbehandlingsarbejde og for sundhedsfremme problematiserer det bestående system. Derfor holdes radikale forsøg i ave, bl.a. ved at identificere dem med bestemte personer.

Politikker på lægemiddelområdet

Det er nødvendigt, at vi forholder os vurderende til lægemidlers muligheder og begrænsninger i relation til sygdomme. På nogle områder, som for eksempel sukkersyge, har lægemidler forlænget livet for mange mennesker. Set i et historisk perspektiv kan det imidlertid ikke konstateres, at lægemidlerne, på trods af deres hovedrolle som behandlingsstrategi i sundhedsvæsenet, har forbedret den danske befolkningssundhed (Prioritering i sundhedsvæsenet, 1977). Vi fornægter ikke lægemiddelbehandling og ville nødig undvære antibiotika, hvis vi skulle få lungebetændelse. Men lægemidlernes rolle er totalt overspillet. Der må i praksis og inden for forskningen gøres mere plads til i større udstrækning at afprøve og udvikle andre former for behandlings- og sundhedsfremmende metoder, der supplerer eller erstatter den overdrevne brug og direkte misbrug, der finder sted af lægemidler. I relation til lægemiddelområdet aftegner der sig ét af de mange paradokser, der gør sig gældende i vort samfund: på den ene side udtrykker såvel læger som faktiske og potentielle brugere af lægemidler sig fordømmende, undertiden direkte hadske over for medicinindustriens lægemiddelproduktion og salg, samtidig med at lægemidlerne på den anden side efterspørges og forbruges i stadigt større mængder. Hvor er den konsekvente holdning og adfærd?

Det er helt klart, at medicinindustrien, som enhver anden vareproducerende industri, er afhængig af et marked, hvor vareudbuddet efterspørges. Hvis efterspørgslen falder eller ændres må industrien for at overleve finde nye veje, fremstille nye produkter.

Når efterspørgslen efter lægemidler imidlertid ikke er faldende men stigende, når andre behandlingsmetoder, bortset fra de kirurgiske, i ringe grad efterspørges af lægestanden, kunne det tænkes, at dette hænger sammen med, at lægevidenskabens har „ladet sig“ reducere til en lægeteknologi. En teknologi der på behandlingssiden i overvejende grad omhandler forskning og udvikling af lægemidler samt udvikling af håndværket kirurgi.

Ser vi på lægemiddelteknologiens sundhedspolitiske placering i de *politiske partiers sundhedsprogrammer*, har den en fremtrædende rolle. På tværs af partier er lægemiddelbehandlingen den eneste behandlingsmetode, der omtales. Der kan være uenighed om, hvorvidt medicinproduktion og -distribution skal være offentlig eller ligge i private hænder. Om lægemidler skal være gratis eller ej, eller hvor dyre. Hvor mange præparater, der skal udbydes på markedet, og om befolkningen overhovedet skal have indsigt i og kontrol med medicinproduktionen og forbruget. Men i partiprogrammerne tages der ikke generelt stilling til, hvorfor og i hvilket omfang og med hvilke konsekvenser lægemidler er vigtige.

Den statslige politik på lægemiddelområdet har både en sundhedsmæssig og en økonomisk side og vil derfor gang på gang sætte politikerne i et dilemma. Hvilke interesser skal primært varetages? Det er jo ikke altid de går hånd i hånd. Så længe alternativer til lægemiddelteknologi, den herskende sygdomsforståelse og organiseringen af sygdomsbehandlingsarbejdet *ikke* seriøst bearbejdes i det statslige regi, er det vanskeligt for politikerne at svare entydigt på spørgsmålene: om man skal satse på et snævert lægemiddelsortiment af hensyn til sikkerheden ved brug af lægemidler, eller om man skal give markedet frit af hensyn til medicinindustriens afsætning og eksportindtægter. Skal man bruge flere penge til kontrol med læge-

middelbivirkninger eller kan man regne med at ligge i læ af andre lande eller måske stole på medicinindustrien? Skal det offentlige betale for „livsvigtig“ medicin, eller skal brugeren selv betale? Hvilke løsninger skal man foretrække på kort sigt og hvilke på lang sigt?

De sundhedsmæssige afgørelser vedrørende lægemidler er overladt til sundhedsstyrelsens lægemiddeleksperter. Kernen i lægemiddelkontrollen er kontrol med adgangen til markedet. Registrering af lægemidler er baseret på vurdering af lægemidlernes effektivitet og sikkerhed. Man har ikke, som i Norge, en bestemmelse om, at der skal være et behov for de registrerede lægemidler. Tværtimod er man i Danmark underlagt EF-bestemmelserne om varernes fri bevægelighed over landegrænserne.

Den kontrollerede kliniske undersøgelse er myndighedernes centrale dokumentationskrav og grundlaget for at slippe præparaterne løs i sundhedsvæsenet. Man ved, at alvorlige bivirkninger kan dukke op, men håber på at få kendskab til dem igennem frivillige indberetninger fra lægerne. Undersøgelser viser imidlertid, at rapporteringssystemet ikke fungerer; således indrapporteres kun 1-5 procent af de væsentligste bivirkninger (Hansen & Jensen, 1983). I mange tilfælde er placeboeffekten større end den specifikke effekt, men den drages ikke med ind i eksperternes vurdering af lægemidlerne, og den udforskes ikke. Der er ingen stærke aktører, der har interesse i placeboeffekter. Det vil kunne ødelægge lægens rolle som den myndige og formående ekspert og medicinindustriens økonomi. På grund af det snævre videnskabelige grundlag, eksperterne i Sundhedsstyrelsen har at vurdere på, vil de ofte skulle foretage nogle beslutninger, der går ud over deres faglige ekspertise. Disse beslutninger kan derfor kun blive af moralsk og politisk karakter, og så har eksperter igen bevæget sig ind på politikernes område.

Lægemidler og ikke naturmedicin

„Det definitive svar på en sygdom er et lægemiddel“ således udtrykker MEFA (Foreningen af danske medicinfabrikker) sig omkring perspektiver for de næste 20 år (MEFA, 1980:211). Det *ideelle* lægemiddel udrydder, kontrollerer eller erstatter defekte/unnormale funktioner i kroppen, og organismen forudsættes at forholde sig helt passiv. Disse krav til lægemidlers virkemåde har konsekvenser for, hvilke lægemidler der fremstilles. Det er således ikke tilfældigt, at naturmedicin er fra-valgt i den nyere lægevidenskabelige udvikling. Ved naturmedicin forstår vi naturprodukter, der er fremstillet af planter, dyr eller mineraler uden at tage sigte på at renfremstille bestemte indholdsstoffer. Forskere og praktikere, der arbejder med naturmedicin, arbejder ud fra en antagelse om, at naturmedicinens eventuelle helbredende virkning ikke nødvendigvis skyldes en direkte påvirkning af organismen, men ofte er et indirekte resultat af en uspecifik styrkelse af organismens selvhelbredende processer, dvs. at organismen forudsættes at være aktiv (Launsø & Jensen, 1981, Pedersen, 1984, Heino, 1983, Ølgod & Launsø, 1984). Naturmedicinen baserer sig ofte på erfaringer indhøstet gennem mange menneskealdre. Disse erfaringer var og er stadig i stor grad folke„eje“.

Den rationelle lægemiddelterapi har en relativ kort historie bag sig. Den hviler på kortsigtede iagttagelser af, hvorledes lægemidlerne virker på specielt sygehuspa-

tienter. Den viden, der er indbygget i fremstillingen af de rationelle lægemidler, er til enhver tid afhængig af og et produkt af den begrænsede faglige viden, der historisk er til stede. Naturmedicinen er derimod karakteriseret ved at være et produkt, der ikke kun er relateret til en snæver tidsepokes kundskab.

Når naturmedicin indtager en marginal rolle i den lægelige behandling af sygdomme, hænger dette sammen med den sygdomsforståelse lægestanden, farmaceuter m.fl. tror på, og som lægevidenskaben er bygget op omkring. Lægemidlers virkemåder „forstås“ inden for lægevidenskaben, mens naturmedicinens virkemåde oftest virker „uforståelige“ i dette lys.

Afslutning: den individualiserende passiviserende lægemiddelbehandling

Indsigt i lægemiddelteknologi er p.t. forbeholdt de få dømmende og udøvende eksperter i relation til sygdomsbehandling. Det er en teknologi, den store masse af modtagere/brugere/patienter kun har den indsigt i, som den individuelle lægemiddel-udvalgte anvendelse gennem et kortere eller længerevarende forbrug kan give. Imidlertid er det system, der omkranser lægemiddelteknologien, totalt indifferent over for netop patienterfaringer. De går mod strømmen. Patienter med langvarige eller kroniske lidelser hører da også til de grupper af patienter, der ikke efterlever den foreskrevne lægemiddelbehandling (Sackett & Snow, 1979). Årsagerne hertil forskes der ganske lidt i.

Afslutning: det skorter på nydannelser

Den lægevidenskabelige erkendelsesmåde og -produktion er fortidsorienteret og ikke knyttet til sundhedsvæsenets praksis i dag og til ændringer i sygdomsforvoldende faktorer i befolkningens levkår. Lægeinstitutionen er ikke handlingsorienteret, men behandlingsorienteret. Dette hæmmer en igangsættelse af forsøg præget af vilje til at nå reel nydannelse og komme hinsides kendte horisonter (Launsø, m.fl., 1984).

Den lægevidenskabelige erkendelsesmåde hæmmer også medicinindustrien i at tænke i bredere sammenhænge. Tanker om udvikling af sundhedsfremmende og sygdomsforebyggende teknologi ligger fjernt eller afvises helt. Medicinindustrien satser på de sikre patienter på kort sigt.

Afslutning: lasten af lægemidler mangler en teknologivurdering

Den dominerende rolle, lægemidler har i sundhedsvæsenets behandlingsarbejde, gør det nødvendigt at foretage en bred vurdering af lægemiddelteknologiens samfundsmæssige funktioner. Lægemidler vurderes i dag af lægemiddelkontrollen på et snævert, teknisk grundlag, hvor forudsætningerne kun er et spørgsmål om den rigtige diagnose, og konsekvenserne kun et spørgsmål om de biologiske konsekvenser for patienten.

Vi har vist, at lægemidler og deres anvendelse er dybt integreret i behandlingssystemets funktion og organisation. Derfor kan man ikke tage lægemiddelteknologien ud som en enkelt teknik og vurdere den isoleret – for sig selv. En vurdering af

lægemiddelteknologien må inddrage denne teknologiske produktions- og anvendelsesammenhænge. Lægemiddelteknologivurdering må omfatte såvel de forskellige interessenters (brugeres, eksperters, myndigheders) *forudsætninger* for anvendelse af teknologien (sygdomsforståelse, alternativer til lægemiddelbehandling etc.) som konsekvensen af teknologiens anvendelse.

Slutord

„Sygdom er vi sammen om“ som Knud Jacobsen udtrykker det (Jacobsen, 1984). Gennem individuelle behandlingsløsninger udvikler vi os ikke sammen. De ændrer ikke ved de sygdomsforvoldende faktorer i befolkningens levekår. Derfor bør lægemidler ikke være det definitive svar på sygdom.

Noter

1. Oplysninger vedrørende medicinindustrien er hovedsageligt baseret på interview med repræsentanter for medicinindustrien i november og december 1984.
2. Vi mener dog ikke, at der her er tale om en årsagssammenhæng, men blot statistisk samvariation.
3. Dette er en af konklusionerne fra ovennævnte interview, men er også kommet frem ved møder i fagkredse med deltagelse af repræsentanter for medicinindustrien og for sundhedsstyrelsens lægemiddelkontrol.

Litteratur

- Andersen, Daniel m.fl. (ed.) (1982). *„Lægevidenskabelig forskning – en introduktion“*, København: FADL's Forlag.
- Brendstrup, Eva m.fl. (1984). *„Byggeklodser til et nyt sundhedsvæsen 1. Forsøgsvirksomhed“*. København: Dansk Sygehus Institut.
- Bruun, Kjetil (ed.) m.fl. (1983). *„Controlling psychotropic Drugs. The Nordic Experience“*, London og New York: Croom Helm, St. Martin's.
- Dansk lægemiddelstatistik (1984). *„Lægemiddelforbruget i Danmark 1983“*.
- Fog, Jette (1979). *„Kvindelige industriarbejderes dagligliv. Belyst ved interview“*, København: Lavindkomstkommissionens sekretariat.
- Gotfredsen, Edvard (1950). *„Medicinens historie“*, København: Nyt nordisk forlag.
- Hansen, Ebba Holme (1984). *„Self-medication in Denmark. In-depth study carried out for the World Health Organization“*, Copenhagen: Royal Danish School of Pharmacy.
- Hansen, Ebba Holme m.fl. (1979): „P-pillen. En prøvelse for positivismen“, *Naturkampen*, Nr. 13, pp. 8-17.
- Hansen, Ebba Holme & Thor Øivind Jensen: „Adverse effects“ i Bruun, Kjetil (ed.) m.fl. *op. cit.*, pp. 150-165.
- Hansen, Klaus M. & Kim Møller (1983). *„Notat om baggrunden for interview – undersøgelsen af dansk medicinalindustri“*, Institut for Udenrigshandel: Stencil.
- Heino, Raimo (1983). *„Natläkärboken“*. Stockholm: Prisma.
- Jacobsen, Knud (1984). *„Sygdom er vi sammen om“*, Slagelse: Forlaget Bavnepanke.
- Juul, Svend m.fl. (1984). *„Det danske sundhedsvæsen“*, København, Århus, Odense: FADL's Forlag, pp. 98-117.
- Kruse, Poul (1979). *„Lægemiddelforsyningens finansiering ved Kongsberg sølvverk for 1805“*. Bibliotek for læger, 171. årgang, pp. 1-109.
- Larsen, Bente O. & Ebba H. Hansen (1985). „The active medicine user – an idea-generating study of asthmatic patients coping with health problems“. *Scand. J. Prim. Health Care*. 3. årgang, pp. 53-59.
- Larsen, Bente O. (1985) Licentiatprojekt under udarbejdelse.

lægemiddelteknologien må inddrage denne teknologiske produktions- og anvendelsesammenhænge. Lægemiddelteknologivurdering må omfatte såvel de forskellige interessenters (brugeres, eksperters, myndigheders) *forudsætninger* for anvendelse af teknologien (sygdomsforståelse, alternativer til lægemiddelbehandling etc.) som konsekvensen af teknologiens anvendelse.

Slutord

„Sygdom er vi sammen om“ som Knud Jacobsen udtrykker det (Jacobsen, 1984). Gennem individuelle behandlingsløsninger udvikler vi os ikke sammen. De ændrer ikke ved de sygdomsforvoldende faktorer i befolkningens levekår. Derfor bør lægemidler ikke være det definitive svar på sygdom.

Noter

1. Oplysninger vedrørende medicinindustrien er hovedsageligt baseret på interview med repræsentanter for medicinindustrien i november og december 1984.
2. Vi mener dog ikke, at der her er tale om en årsagssammenhæng, men blot statistisk samvariation.
3. Dette er en af konklusionerne fra ovennævnte interview, men er også kommet frem ved møder i fagkredse med deltagelse af repræsentanter for medicinindustrien og for sundhedsstyrelsens lægemiddelkontrol.

Litteratur

- Andersen, Daniel m.fl. (ed.) (1982). *„Lægevidenskabelig forskning – en introduktion“*, København: FADL's Forlag.
- Brendstrup, Eva m.fl. (1984). *„Byggeklodser til et nyt sundhedsvæsen 1. Forsøgsvirksomhed“*. København: Dansk Sygehus Institut.
- Bruun, Kjetil (ed.) m.fl. (1983). *„Controlling psychotropic Drugs. The Nordic Experience“*, London og New York: Croom Helm, St. Martin's.
- Dansk lægemiddelstatistik (1984). *„Lægemiddelforbruget i Danmark 1983“*.
- Fog, Jette (1979). *„Kvindelige industriarbejderes dagligliv. Belyst ved interview“*, København: Lavindkomstkommissionens sekretariat.
- Gotfredsen, Edvard (1950). *„Medicinens historie“*, København: Nyt nordisk forlag.
- Hansen, Ebba Holme (1984). *„Self-medication in Denmark. In-depth study carried out for the World Health Organization“*, Copenhagen: Royal Danish School of Pharmacy.
- Hansen, Ebba Holme m.fl. (1979): „P-pillen. En prøvelse for positivismen“, *Naturkampen*, Nr. 13, pp. 8-17.
- Hansen, Ebba Holme & Thor Øivind Jensen: „Adverse effects“ i Bruun, Kjetil (ed.) m.fl. *op. cit.*, pp. 150-165.
- Hansen, Klaus M. & Kim Møller (1983). *„Notat om baggrunden for interview – undersøgelsen af dansk medicinalindustri“*, Institut for Udenrigshandel: Stencil.
- Heino, Raimo (1983). *„Natläkärboken“*. Stockholm: Prisma.
- Jacobsen, Knud (1984). *„Sygdom er vi sammen om“*, Slagelse: Forlaget Bavnepanke.
- Juul, Svend m.fl. (1984). *„Det danske sundhedsvæsen“*, København, Århus, Odense: FADL's Forlag, pp. 98-117.
- Kruse, Poul (1979). *„Lægemiddelforsyningens finansiering ved Kongsberg sølvverk for 1805“*. Bibliotek for læger, 171. årgang, pp. 1-109.
- Larsen, Bente O. & Ebba H. Hansen (1985). „The active medicine user – an idea-generating study of asthmatic patients coping with health problems“. *Scand. J. Prim. Health Care*. 3. årgang, pp. 53-59.
- Larsen, Bente O. (1985) Licentiatprojekt under udarbejdelse.

- Larsen, Steen (1983). „*Analfabeterne og de skriftkloge*“. København: Christian Ejlers' forlag.
- Launsø, Laila m.fl. (1984). „*Byggeklodser til et nyt sundhedsvæsen II. Forståelsesmønstre*“. København: Dansk Sygehus Institut.
- Launsø, Laila & Hanne Marie Jensen (1981). „*Sundhedsarbejde på tværs*“. København: Institut for social medicin.
- MEFA (1980). 20 års sundhedspolitik. *Medicinsk Forum*, 33. årgang, Nr. 6A.
- Nilsson, Robert & Henning Sjöström (1975). „*Pillen der rystede verden*“, København: Chr. Erichsens Forlag.
- Pedersen, Peter Alsted (1984). Notater udleveret til et seminar om medicinindustrien. Danmarks farmaceutiske Højskole, København.
- Prioritering i sundhedsvæsenet (1977). Betænkning nr. 809. Betænkning fra sundhedsprioriteringsudvalget. København.
- Sackett, D.L. & J.C. Snow (1979). „The magnitude of compliance and non-compliance I, i: Haynes R.B. et al. (ed.) (1979), *Compliance in Health Care*. Baltimore: Johns Hopkins University Press.
- Scocozza, Lone (1984). „*Er sygdom hvermands herre?*“, København: Gyldendal, pp. 62-63.
- Sundhedsstyrelsen (1984). „*Medicinsk teknologivurdering – hvad er det?*“ København.
- Wibroe, Lone (1985). „*Brugen af medicin i relation til arbejdsmiljøproblemer*“. Licentiatrapport, Danmarks farmaceutiske Højskole.
- Wulff, Henrik R. (1973). „*Rationel klinik*“, København: Munksgaard, pp. 143 ff.
- Ølgod, Jutta & Launsø, Laila (1984). „*Alternative behandlere – behandlinger, hvem/hvad, hvorfor brug*. Et litteraturstudie. København: Danmarks farmaceutiske Højskole.